

CAI SG

73G26



3 1761 11708927 6

Canada. Dept. of the Solicitor
General. Advisory Board of
Psychiatric Consultants

The general program for the
development of psychiatric
services in federal correctional
services in Canada



6460



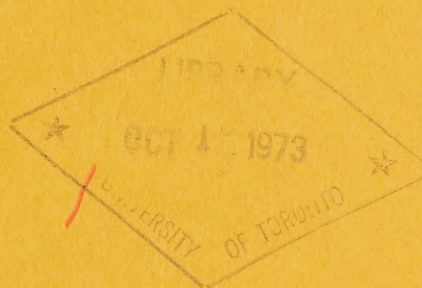
Solicitor General
Canada

Solliciteur général
Canada

*Canada. Dept. of the Solicitor General.
[General publications]
[G-3]*

CAI SG
73G26

**THE GENERAL PROGRAM
FOR
THE DEVELOPMENT OF PSYCHIATRIC SERVICES
IN
FEDERAL CORRECTIONAL SERVICES
IN CANADA**



Published under the authority of
HON. WARREN ALLMAND
Solicitor General of Canada

Information Canada
Ottawa 1973

©

Crown Copyrights reserved
Catalogue No. JS-22-29/1973

Foreword

As Solicitor General I have made a careful study of the Report of the Advisory Board of Psychiatric Consultants and am profoundly impressed by the recommendations made by this authoritative body.

I, therefore, have requested the Canadian Penitentiary Service to develop its psychiatric services to assure that facilities are provided for the diagnosis, care, and treatment of acutely and severely ill inmates. Therapeutic psychiatric services will be provided on an out-patient basis to those inmates suffering from illnesses of a mild to moderate degree.

The objectives of the psychiatric program in the psychiatric program in the penitentiaries are being extended to provide psychiatric treatment to those whose criminal offences are related to latent or non-clinically evident psychiatric disorders and to administer medico-psychological therapy to inmates whose crimes and histories suggest the possibility of mental illnesses.

Full participation by psychiatrists in all relevant aspects of the penitentiary programs is another goal that I have set for the Canadian Penitentiary Service. Psychiatric reports and recommendations must be given due weight when rendering decisions on classifying inmates and assigning them to programs and on temporary absence and parole. Psychiatric staff will also be contributing to training programs for correctional staff and counselling institutional staff on the implementation of new training programs. I also look forward to the psychiatric services being encouraged and supported in the conduct of clinical investigation and evaluation.

In the development of psychiatric services, the Canadian Penitentiary Service has been given the following guidelines:

- (a) to attain an unified psychiatric service within each geographical region of the Canadian Penitentiary Service.
- (b) to provide psychiatric resources and programs appropriate to regional needs.
- (c) to staff regional psychiatric services at a level that will ensure an acceptable standard of care.
- (d) to provide adequate autonomous psychiatric facilities under medical direction in each region to accommodate inmates requiring hospital care and to serve as the professional base for the regional psychiatric services.
- (e) to establish and maintain close liaison with universities for both training and research.

Already the Canadian Penitentiary Service has established a Regional Medical Centre in British Columbia and is renovating physical facilities for the Regional Medical Centres in Quebec and Ontario. Discussions will begin soon with appropriate provincial authorities to plan correctional medical centres in the Maritime and Prairie Regions.

While it appears to me that the aims and objectives recommended by the eminent Canadian psychiatrists who serve as my advisers are acceptable and deserving of public support, there are benefits to be gained from a broader expression of opinion. To facilitate study and discussion of the Report of the Advisory Board of Psychiatric Consultants, I am disseminating the report widely. Comments from individuals, groups and agencies with an interest in the treatment of criminal offenders in Canada will be welcomed and will aid the federal government in setting and maintaining high standards for psychiatric services in correctional institutions.

Warren Allmand,
Solicitor General of Canada.



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761117089276>

OTTAWA, May 9, 1972

The Honourable Jean-Pierre Goyer, P.C., M.P.,
Solicitor General of Canada,
Sir Wilfrid Laurier Building,
340 Laurier Avenue West,
Ottawa, Ontario.

Sir:

The Advisory Board of Psychiatric Consultants appointed by you in August 1971 wishes to submit the attached report in response to the initial tasks assigned to it at that time.

This report is in the nature of a master plan for the further development of psychiatric services. It recommends a number of general principles and guidelines to direct development, as well as specific regional proposals. Before proceeding with further detailed planning the Board would welcome your consideration and decision on the broad policy recommendations and on the specific regional proposals.

In view of the many parties involved in reaching decisions and in coordinating such a specialized service into the overall correctional program the Board has attempted to provide considerable background information on the history, goals and objectives of correctional psychiatric services in general.

If the broad program is acceptable as policy we would urge distribution of the report on as wide a basis as possible to encourage constructive criticism and response to you and to your Advisory Board of Psychiatric Consultants.

Respectfully Yours,

F.C.R. Chalke, M.D.,
Chairman,
Advisory Board of Psychiatric
Consultants.

TABLE OF CONTENTS

	Page
Section I Terms of Reference, Membership, Methods of work	1
Section II Historical Review	5
Section III Objectives of Correctional Psychiatric Services	13
Section IV Present Developments in Other Nations	19
Section V Developments Required in Canada at Federal Level	21
Section VI Evaluation of Psychiatric Services	33
Summary	36
Recommendations	36
Implementation	39
APPENDICES:	
Appendix 1 Consultation, Atlantic Region	41
Appendix 2 Consultation, Quebec Region	43
Appendix 3 Consultation, Ontario Region	45
Appendix 4 Consultation, Prairie Region	47
Appendix 5 Consultation, British Columbia Region	49
Appendix 6 Number and categories of patients requiring treatment	51
Appendix 7 Comparison of costs	53
Appendix 8 Recommendations relating to psychiatric services, contained in the Fauteux Report, Report of the Royal Commission on Sexual Psychopaths and the Ouimet Report	55
Appendix 9 Staffing patterns	59

SECTION 1

On August 13, 1971, the Solicitor General of Canada, the Honourable Jean-Pierre Goyer, announced the appointment of an Advisory Board of Psychiatric Consultants to advise him on the treatment of mentally ill inmates. The specific Terms of Reference of the Advisory Board are:

to determine

- (a) the need for psychiatric services in each region to provide **total** treatment for mentally ill inmates;
- (b) the program required to meet the needs for each category of mental illness:
 - (i) whether in the institutions themselves, **or**
 - (ii) by hospitalization in a psychiatric centre, **and**
 - (iii) the staffing requirements in each case;
- (c) the location of psychiatric centres, where required;
- (d) the desirability and possibility of establishing training fellowships for psychiatrists and other means to provide the required professional staff on a continual basis;

to advise regarding

- (e) affiliation with universities;
- (f) the suitability of any existing facilities as psychiatric centres;

to provide

- (g) general comments, where relevant, on the architectural design for any new psychiatric centre.

The members of the Advisory Board were appointed by the Solicitor General from nominations made by the Board of Directors of the Canadian Psychiatric Association. The members are representative of the areas of Canada in which penitentiary institutions are located.

The Advisory Board is constituted as follows:

- CHAIRMAN: Dr. F.C.R. Chalke,
Associate Dean of Medicine,
Faculty of Medicine,
University of Ottawa,
Ottawa.
- MEMBERS: Professor Robert O. Jones, M.D.,
Head of the Department of Psychiatry,
Dalhousie University,
Halifax.
- Dr. Lionel Béliveau,
Medical Superintendent,
Philippe Pinel Institute,
Montreal.
- Dr. C. Kenneth McKnight,
Chief of Forensic Services,
The Clarke Institute of Psychiatry,
Toronto.
- Dr. Frank E. Coburn,
Chief of Forensic Psychiatry,
University of Saskatchewan,
Saskatoon, Sask.

Professor Anthony M. Marcus, M.D.,
Department of Psychiatry,
University of British Columbia,
Vancouver.

**MEMBERS AT
LARGE:**

Dr. Noel Garneau,
Cour du Bien Etre Social,
410 Bellechasse Street, East,
Montreal.

Dr. Colin M. Smith,
Executive Director,
Psychiatric Services Branch,
Department of Public Health,
Regina.

OBSERVERS:

Dr. Daniel Craigen, Director of Medical Services
Dr. François Bisson, Regional Psychiatric, Quebec Region
Dr. George D. Scott, Psychiatrist, Ontario Region.

**SECRETARY TO
THE BOARD:**

Mr. George Koz, Research Associate,
Correctional Policy, Ministry of the Solicitor General.

Two economists were nominated by the Solicitor General and called upon to collaborate with the Advisory Board:

ECONOMISTS:

Mr. Robert G. Hann,
Research Associate and Lecturer,
Centre of Criminology,
University of Toronto,
Toronto.

Mr. Richard S. Sullivan,
Assistant Professor,
Department of Economics,
Carleton University,
Ottawa.

METHODS OF WORK

The Advisory Board of Psychiatric Consultants has now met on eight occasions, in plenary session or in committee, to consider matters within its terms of reference.

Individual members of the Board were delegated to represent the appropriate regions in Canada and to consult with provincial government departments, universities and professional associations. The recommendations arising from these regions were subjected to critical appraisal by the Board and the names and offices of those consulted are listed in Appendices 1, 2, 3, 4, 5.

At the same time, the Board considered overall principles and developed methods for the collection of relevant data. This involved the development of criteria to categorize the patients for appropriate treatment programs. As a result of this step we now have current data which has been analysed in relation to each of the proposed regional programs. (see Appendix 6).

After a preliminary meeting between members of the National Parole Board and the Advisory Board, it was evident that much study and reorganization is needed to provide an integrated psychiatric service for federal offenders, while incarcerated and on parole.

It is considered that this service should form part of a continuum in which the inmate receives necessary psychiatric treatment, where detailed relevant investigation occurs prior to release with meaningful reports provided to the National Parole Board and where readily obtainable and continuing outpatient treatment is available during the parole period.

The development of such an adequate, integrated program for the offender is contingent upon a high level of professional services at each regional psychiatric centre.

A study of the comparative costs of a Regional Psychiatric Centre, appropriate mental hospitals and a maximum security institution, was conducted by the Director of Financial Services of the Canadian Penitentiary Service and this data is attached as Appendix 7. Extensive discussion took place with the economists regarding cost-benefits and cost-effectiveness and will be the subject of a complementary report to this document.

SECTION II

Historical Background

Psychiatric services in the Canadian Penitentiary Service were introduced in 1947 as a feature of a radical penal reform carried out after the Second World War and, specifically, to remedy a situation which had been continuously unsatisfactory during the previous hundred years. The involvement of Canadian penal services with the mentally disordered persons antedates Confederation – and the review of this involvement has a significant bearing on the subject-matter of this Report.

Since the early days of nineteenth century, Canadian prisons, jails and later penitentiaries, have been compelled to handle individuals variously described as feeble minded, epileptics, incorrigible, lunatics, or criminal lunatics. In the areas of both custody and treatment, very similar basic issues were of primary concern to the administrators of penal institutions in 1865 as they were pertinent in 1965. These issues – never adequately resolved – created problems and difficulties which have been perpetuated to the present day. The issues were, primarily, as follows:

- jurisdiction over certain groups of mentally disordered, which shifted from one level of government to the other, or was shared by both but without clear distinction as to respective responsibilities;
- Lack of appropriate classification of persons under custody, resulting in the mixing of mentally disordered with persons within the normal range of behaviour and/or interpersonal relationships;
- administrative difficulties originating from a non-segregated population and resulting in disruption of prison routine, undermining of discipline, outbursts of violence, abuse of the weak, etc.;
- inadequacy of facilities, primarily the lack of accommodation resulting in serious overcrowding; lack of suitable personnel for the care and treatment of patients;
- control of admission to a treatment facility.

Viewed in the historical perspective of nearly 150 years, the work of the Advisory Board of Psychiatric Consultants, covered by this Report, represents not only a scrutiny of the contemporary situation but is a continuation of sustained efforts across several generations, aimed at improving conditions long recognized as unsatisfactory.

The information presented has been abstracted from public documents issued under federal authority, and the selection has been deliberately limited to emphasize the evidence that the realization of unsatisfactory conditions regarding mentally disordered criminal offenders has been voiced by successive generations of local administrators and medical practitioners.

Part 1: Pre-psychiatric period – 19th century and the first half of the 20th century

1. *Period before 1850.* The expanding Province of Canada builds new public institutions for those citizens who were referred to as “unfortunates”: the mentally afflicted and the criminally convicted. Thus, “lunatic asylums” are opened in Upper Canada (in Toronto, Orillia, Malden, Hamilton) and in Lower Canada (St. Jean, Beauport). Some 55-60 common jails are operated in the judicial districts of both parts of the Province; a central Provincial Penitentiary for adult offenders is built at Kingston, and two reformatories for juveniles, one for each Canada, opened at Penetanguishene and St. Vincent de Paul. The number of “lunatics” was always greater than the facilities available in the new asylums, and therefore many “lunatics” were kept in common jails regardless of whether they have

been convicted of a criminal offence or not. On completion of the Provincial Penitentiary (1835), "lunatic convicts" are detained in that institution, together with the "incurable" youngsters transferred from the two Provincial Reformatories.

"In the penitentiary at Kingston, 'lunatics' are kept in a 'dungeon' under conditions that leave little to the imagination. The 'dungeon' consisted of small, windowless, airless cubicles in the subterranean part of the building, on the level of the sewer emptying into Lake Ontario and occasionally flooded at high tides raised by south-westerly winds"

2. *Period 1850-1867.* The operation of the new penitentiary soon came under public criticism, and by 1849 the "scandal of Kingston Pen." broke open, leading to the Commission of Inquiry under George Brown. As a result of this public intervention into what has been described as "barbarous conditions at the penitentiary", an Act of the Provincial Legislature was promulgated in 1852 aimed at improving the administration of the penitentiary; and a Criminal Lunatic Asylum was built at Rockwood in the neighbouring village of Portsmouth, for the specific purpose of keeping the "lunatic convicts" separated from general penitentiary population. Rockwood Asylum opened in 1855 and as soon as accommodation became available, the "lunatics" from common jails were transferred there, for humanitarian reasons, and eventually the "lunatic convicts" became only a small group of patients in that institution. The original building was expanded, but overcrowding followed quickly, and few years after the opening of Rockwood Asylum, the Warden of Kingston Penitentiary reported that he still had custody of . . . "nine lunatic convicts who must be kept in the criminal lunatic asylum within the walls . . . [the dungeon]" because Rockwood Asylum became overcrowded and was short of accommodation for the very persons for whom it has been built. Ten years after the opening of Rockwood Asylum, its Medical Superintendent wrote:

" . . . Some 130 patients were treated during 1865 . . . Last year, the proportion of deaths was 9%, and the mortality was chiefly confined to those patients who had been immured for successive years in the underground apartments beneath the Penitentiary"

Annual Report of the Board of Inspectors of
Prisons and Asylums, 1865

The reports of the Medical Superintendent of Rockwood at this period indicate very advanced views (in today's terms) and a clear realization of the needs of mental patients, from the medical point of view and from the standpoint of effectiveness of public services: namely, the necessity of classification of patients into distinctive categories, their segregation through diversified institutions and the establishment of two distinct classes of asylums, one for the curable patients, and the other for the incurable insane. The medical opinion expressed in 1865 has been recorded as follows:

" . . . The insane can never be comfortably and satisfactorily governed and provided for under any other regime than that which obtains in a well-ordered and efficient curative institution; and this regimen, I feel convinced, cannot be perpetuated in full integrity in establishments organized and conducted on almhouse or penitentiary principles. . .

The curative asylums are, in the first place, indispensable . . . they should be appropriate to the reception and treatment of recent acute cases and, secondly, of those chronic cases of a dangerous and violent character which, though not likely to be cured, may nevertheless be improved by the discipline of a curative asylum and brought into such condition of quietude and subordination as to fit them for residence in a less expensive institution.

Indeed, it is my impression that, if possible, every case of insanity requiring asylum lodgement should be sent for a certain term to a curative institution, as the training there received by lunatics could hardly be imparted elsewhere, and it would be most undesirable that

the tranquility of secondary establishments be disturbed by undisciplined and turbulent inmates. Disregard of this condition would very probably rapidly destroy...or impair the discipline of such institutions.

... The greatest benefit which can be conferred on the insane is their restoration to reason; and this is also the greatest benefit that can be conferred upon the community... Every measure of legislation purporting to be for the relief of the insane should have this primary reference. If ten insane persons can be cured at the same expense as one uncured insane person can be supported for life while in custody, it is very clear that the public interests are best consulted by so administering our insane hospitals as to render them most efficient in the cure of insanity..."

Annual Report of the Board of Inspectors of
Prison and Asylums, 1865

3. *Period 1867-1880.* Upon Confederation, responsibility for penal institutions was divided between the federal and provincial governments, while "lunatic asylums" came under provincial jurisdiction. However, the Rockwood Asylum was an exception, as it was declared as part of the Kingston Penitentiary. From that moment on, the two major issues, that of jurisdiction and the control of admissions, became a source of difficulties. In the first report after Confederation, the Medical Superintendent of Rockwood wrote:

"... The arrangements made by the Provincial with the Dominion Government for the reception into the Rockwood Asylum of the unfortunate lunatics confined into gaols of Ontario was a most human one; but while it has relieved many of the gaols of a most troublesome inmates, it has also been the means of sending a great many cases to this institution that had been refused admission to other asylums in the Province, and not only have the gaols been thus relieved but also the asylums in the western part of the Province have relieved themselves of the care of five dangerous and troublesome lunatics, and the responsibility of taking charge of these cases has been transferred to the officers of this federal Asylum..."

I wish to place these facts on record, not in any complaining or captious spirit but merely for the purpose of showing that, whilst the superintendents of other asylums have had the privilege of selecting the most suitable cases for successful treatment, we have of necessity been obliged to admit indiscriminately all who were sent; and therefore the number of unpromising cases in this asylum must for many years to come be vastly in excess of a similar class of cases to be found in any other asylum in the Province or Dominion..."

Annual Report of the Director of Penitentiaries,
1868

Within a decade after Confederation, the operation of Rockwood Asylum under penitentiary administration became, in turn, a matter of public criticism and the two levels of governments finally came to an agreement, whereby the Province of Ontario took over Rockwood Asylum, while the criminally convicted lunatics were transferred back to Kingston Penitentiary (in 1877) where they were accommodated at the institutional hospital. The "insane ward" in the hospital took nearly all accommodation available, leaving only three cells for the routinely sick patients. The construction of a new facility for the insane lasted for over four years.

4. *Period 1881-1916.* By 1881, the new "Asylum for Insane Criminals" had been built within the walls of Kingston Penitentiary, and this period marks the life of that asylum. The Administration was quite proud of the new facility:

"... It is a splendid building, well suited for its purpose... and the dungeon cells are large, well aired and rendered extra strong..."

However, medical opinion clearly expressed some doubts as to the appropriateness of the new facility receiving patients from the penitentiaries at Kingston, St. Vincent de Paul and Dorchester:

"... (in these penitentiaries) there is a large number of convicts of the idiotic and imbecile types. Many of them are incapable of self-control, and should be inmates of some other asylums rather than of a Penitentiary, where they would receive proper care and treatment... Most of these convicts are either men of originally feeble constitutions, or the subjects of diseases or infirmities which have been contracted through circumstances over which they have had not control..."

Annual Report of the Inspector of Penitentiaries,
1881; report by the Surgeon of Kingston Penitentiary

By the end of the 19th century, medical opinion was expressed in more precise terms regarding the effectiveness of treatment and the inappropriateness of penal environment:

"... The more enlightened views which obtain now concerning the nature of insanity, assure us that it is a disease like any other disease, and can be treated on well known principles which must be fulfilled... An amount of personal liberty to the insane, commensurate with their own and their attendants' safety is necessary for treating insanity under its modern conception..."

Annual Report of the Inspector of Penitentiaries,
1899: report by Dr. Daniel Phelan, Surgeon of
Kingston Penitentiary.

The steadily increasing population of the insane ward at Kingston, and the presence within the unsegregated population in penitentiaries of "lunatics" who could not be admitted to the insane ward, was giving rise to considerable administrative difficulties, and a sustained campaign developed for the removal of "insane criminals" from the penitentiary altogether. In 1891, or barely ten years after the opening of the new facility, the Warden of Kingston Penitentiary wrote in his annual report:

"... I have already given my opinion as to the great necessity there exists that a building for the occupation of these unfortunate beings, with ample grounds attached, should be erected outside the penitentiary walls..."

Thus, in the many years to come, the successive Wardens of Kingston Penitentiary became the outspoken promoters for a better deal for mentally disordered offenders placed in their custody. Their opinion came to the support of medical views in this regard, and by 1908 the Warden of Kingston Penitentiary wrote about the Insane Ward in these terms:

"... To this miserable abode, the most antiquated of our prison structure, are consigned the irresponsible unfortunates whose crimes led to insanity or whose insanity led to crimes. The cells remain as they were originally constructed (8½ by 2½ by 6) [sic] while every other cell-block has been demolished and rebuilt with compartments twice the size of the old cells and equipped according to modern ideas of sanitation and comfort..."

The Ward-for-the-Insane runs parallel with the prison wall between which and the buildings runs the exercise yard allotted to the inmates. Stone walls in any direction they may look unless they look upward to the sky. In winter and during inclement weather, the few hours they are released from their cells they spend in one large dingy, unsanitary room where they mingle promiscuously, with no entertainment except reading and playing checkers. They have no hospital oversight, no trained attendants, nothing in fact but prison police who lock and unlock the doors and follow them into the yard and back again to their cells in endless monotonous routine..."

5. In 1913 a Royal Commission was appointed to investigate the management of Kingston Penitentiary. In turn, the Commission requested Dr. E. Young of the Rockwood Mental Hospital to inquire into and report on the Insane Ward at Kingston. Dr. Young found as follows:

"... The building in which the insane are at present housed is, in my opinion, entirely unsuited to the purpose for which it is used. It is defective in structural arrangements, lacking in nursing and medical facilities and devoid of means of providing occupation. The physical condition of the patients shows the effect of improper diet, insufficient exercise and being deprived of fresh air ...

Each patient is locked in his cell, without proper sanitary conveniences, from 4 p.m. to 7 a.m.; the door of each cell is simply a grating, and there is no provision for the isolation and care of the noisy and filthy patients ...

There is no provision for the proper classification of patients, all of whom are gathered together in large day room, the acute with the chronic the old and helpless with the impulsive and violent, the lucid with the demented ..."

In addition to the medical aspects, the 1913 Commission considered also the problem of criminal recidivism as connected with the issue of mental deficiency:

"... There is admittedly a close relationship between mental deficiency and insanity, and crime. The proportion of defectives shown by an investigation... in reformatories of New York, New Jersey and Illinois... is 30%. In other institutions... 50% of the inmates is found to be defective. In our country, this aspect of the question of crime has received no consideration. No care is taken to ensure the detection of defectives and no provision is made for their custody and training. They are not understood by the Courts or by prison officers. They are sentenced, imprisoned, discharged and re-sentenced, at great expense to the country. When in prison, they prove a source of constant worry and render the maintenance of prison discipline difficult or impossible... These questions press for consideration and the first step would be the employment of a physician trained in psychiatry, who could advise the Government in regard to these and associated questions..." [this last recommendation had to wait 35 years to be implemented.]

In the aftermath of the 1913 Royal Commission, the Insane Ward at Kingston Penitentiary was disbanded and the patients transferred to provincial custody, as of Dominion Day 1916.

6. *Period 1916-1946.* Very scant information is available from the period of the first World War and the years following it. In 1921, the Minister of Justice appointed a Commission of Inquiry, which found the conditions regarding mentally disordered offenders as follows:

"... The existing provisions on the subject of insane prisoners are not satisfactory and indicate an obsolete and unscientific view of mental diseases. In their visits to the penitentiaries nothing has more powerfully impressed the Committee than the inefficiency of the present practice... and no amendment proposed to the Penitentiary Act is, in the Committee's opinion, more important than that now recommended (regarding the disposition of mentally disordered offenders)..."

The Committee suggested legislative measures for the control of admission to penitentiaries of mentally afflicted offenders, and their disposition after the expiration of sentence. It also recommended legislative provisions to facilitate care and treatment:

"... Sec. 55: ... The regulations made under this [proposed] Act may authorize the employment, for the examination, treatment or care of

any convict who is seriously ill, either physically or mentally, of such specialists and nurses as are necessary in the circumstances, and the medical supervision of any penitentiary may be entrusted to the faculty of medicine of any recognized university . . .”

The following year, 1922, the newly appointed Superintendent of Penitentiaries, W. S. Hughes, made numerous recommendations for the improvement of the Penitentiary Service and he advocated, among other things, the opening of a penitentiary mental hospital:

“ . . . At the present time those mentally diseased are transferred to some of the mental hospitals under the control of the Provinces. Great difficulty is experienced in prevailing upon some of the provincial governments to receive these unfortunates, and not infrequently they are retained in the penitentiary for long periods before being removed. In some cases, very troublesome patients are returned to the penitentiary, although pronounced by the Dominion Government alienists as hopelessly insane. It would appear that the closing of the Insane Ward operated at Kingston Penitentiary until 1915 was a serious mistake. There should be a properly constructed and operated mental hospital provided as speedily as possible for these unfortunates . . .”

Superintendent Hughes repeated his recommendations for the re-opening of the “Penitentiary Mental Disease Hospital”, in every annual report until 1930. However, the recommendations were not heeded, and after his departure there was yet another period of apparent stagnation and neglect in penitentiary administration, giving rise to the Royal Commission of 1938 whose findings were published as the Archambault Report.

7. Archambault Report. Under the heading “Medical Services”, the 1938 Royal Commission spoke in terms of effectiveness of correctional services:

“ . . . Nothing should be omitted which might improve the character of the prisoner . . . Proper treatment should follow in an effort to remove the causes of his criminal tendencies. Quite apart from the humanitarian consideration, the question of greater national economy is involved here, because . . . the cost of maintaining a prisoner in the penitentiary is high and, if he can be cured, he ceases to be a charge on the state, and becomes instead an asset. From any point of view it is necessary that a full-time physician and a full-time psychiatrist should be provided for the larger institutions . . . and part-time physicians and part-time psychiatrists for the smaller ones . . . ”

Archambault Report, page 120

In Chapter XI, under the heading “Treatment of Insane Prisoners”, the Archambault Commission dealt primarily with the legal aspect of handling mentally afflicted persons. However, the chapter ends with a plea:

“ . . . It is a grave reflection on our penal system that several insane prisoners should be confined in our penitentiaries, caged like wild beasts, where there is neither means for proper treatment nor personnel with experience to deal with them.”

Unfortunately, the Second World War intervened and delayed penal reform. During the war years it was again the Warden of Kingston Penitentiary who repeatedly reported the difficulties with insane prisoners and kept alive the request for a mental hospital:

“ . . . If more satisfactory arrangements cannot be arrived at [between the governments], it would seem that it will be necessary for the Penitentiary Branch to consider the erection of an insane ward to be

administered and controlled by the penitentiary officials under the supervision of a qualified psychiatrist . . .”

Annual Report, 1940 – 1946

Part 2: Period of Psychiatric Services: 1946-1970

8. *Period 1946-1960.* With the war over, Major-General Ralph Gibson was appointed as Commissioner of Penitentiaries in 1946, and the 14 years of his administration saw the birth and spontaneous expansion of psychiatric services within the Penitentiary Service.

The central psychiatric facility, consisting of a small psychiatric ward (with nine cells) at Kingston Penitentiary, was opened in 1948. It soon experienced the traditional problem of pressure for more accommodation and over the next decade the accommodation was expanded to 42 beds. With the appointment of the first full-time psychiatrist in Kingston in 1959, the psychiatric ward was relocated to its present building. At St. Vincent de Paul Penitentiary, a part-time psychiatrist assumed duties in 1956 and a new psychiatric ward opened in 1959. In other regions, part-time psychiatrists were added to the staff of maximum-security penitentiaries.

The Annual Reports for the decade 1950-1960 are rich in the description of developing psychiatric services, the methods of treatment used and the comparative value of different methods and techniques. Under the heading of psychiatric services, it is evident from the annual reports that local practitioners had full opportunity to report both on their achievements and on limitations of prevailing conditions.

9. *Fauteux Report and Royal Commission on Sexual Psychopaths:*

This important period is also marked by the publication of two major reports, originating from commissions of inquiry: the Fauteux Report of 1956 and the report of the Royal Commission on Sexual Psychopaths of 1958. Both reports emphasized the need for special facilities for the care and treatment of special categories of offenders: alcoholics, drug-addicts, sex offenders, and psychopaths. In particular, the Royal Commission noted that the federal government did not provide any special treatment for psychopathic sexual offenders although the amendment to the Criminal Code introducing preventive detention for this class of offender clearly intended that remedial treatment would be provided. Selected recommendations of both reports are given in Appendix 8.

10. *Period 1960-1970.* The Penitentiary Service was re-organized under Commissioner Allen MacLeod, following the two-year study of the Correctional Planning Committee (whose report was never made public). The “Ten Year Plan” of constructing new penitentiaries was developed and commenced in 1963. One feature of this plan was the construction of Regional Medical Centres, each one to be provided with a psychiatric facility. This part of the Ten-Year Plan still awaits implementation.

A change in annual reporting took place during this administration. Instead of each institutional Warden making his report (which) included accounting by the medical practitioners for their share in the institutional effort, each divisional director in Ottawa wrote a section on the general activities of his division. Thus the remarks on psychiatric services for the years 1962 and 1963 were reduced to three or four lines, concentrating on the now familiar issues, e.g.

“Not enough psychiatrists and psychologists are available to fill adequately the needs of most institutions. This may be due to nation-wide shortage of qualified persons in these two specialties which can play an important role in the correction of deviant behaviour.”

quote from 1963 Report of the Commissioner
of Penitentiaries, page 43

The more extensive reports in the following years repeat the same state of affairs:

"... Psychiatric Services cannot be provided on the scale desirable to meet the inmate demand. Adequate numbers of personnel and treatment space are lacking... The need for psychiatric services is obvious when one considers that 45% of the inmate population have interviews with the psychiatrist, either voluntarily or on referral..."

The need for Psychiatric Centres within the penal system which could provide the proper facilities for adequate treatment and rehabilitation can perhaps best be demonstrated by pointing out that, in one of the penitentiaries, one inmate out of every nine has been a former patient of mental hospital. A future breakdown in the mental condition of such inmates is always a possibility, particularly when they have to endure the stresses normally associated with incarceration. The need for greater psychiatric facilities is urgent now and can only increase with time."

Annual Report of the Commissioner of
Penitentiaries, 1966, page 29

11. *Ouimet Report*. The decade 1960-1970 was also marked by the study conducted by the Canadian Committee on Corrections which reported in 1969. Two chapters of the report, known, after its chairman, as the Ouimet Report, deal exclusively with the issues involving psychiatric services. Chapter 12 is devoted mainly to the medico-legal aspects of mentally disordered persons who face criminal charges; that is, it concerns the provision of psychiatric services to criminal courts. Nevertheless, the same chapter considered also the issues resulting from detention of mentally disordered offenders, whether in correctional institutions or mental hospitals. In the general principles and the specific recommendations, the Ouimet Report has emphasized that new and vastly improved psychiatric facilities will be required under the concept of a 'just society', if such society is to fulfil its obligation to all handicapped offenders.

Chapter 13 of Ouimet Report deals with the problem of the dangerous offender, and in offering a solution to the presently unsatisfactory practice, the report suggested a new legal definition of dangerous offenders, and also proposed the utilization by the courts of clinical assessment of the degrees of dangerousness. It is evident that whether in correctional institutions or mental hospitals existing psychiatric facilities in Canada could not fully cope with the task expected of them under the scheme contemplated by the Report, and that new diagnostic facilities would be required should the federal government adopt the Ouimet recommendations regarding dangerous offenders.

12. *Closing years*. The seventh decade of this century, which incidentally has closed another chapter in penitentiary administration, ended with the familiar statement in the annual report, now rendered by the Solicitor General:

"... The demand and need for psychiatric services remains high and the individual psychiatrists working in penitentiaries are over-burdened by increasing requests for psychiatric reports, assessments, psychotherapy and other forms of treatment... The construction of the Regional Medical Centres appears to offer a possible solution to this problem and may enable more patients to be treated with a greater diversity of treatment modalities. It is also probable that the provision of modern treatment facilities may challenge more psychiatrists to develop an interest in working in this area of psychiatry."

Annual Report of the Solicitor General 1970, page 55

The historical review of the federal involvement with mentally disordered persons ends with the most promising development in the past 150 years: in 1971, the Honourable Jean-Pierre Goyer, the minister responsible for federal correctional services, appointed an Advisory Board of Psychiatric Consultants to advise him on the treatment of mentally disordered penitentiary inmates.

SECTION III

The Objectives of Correctional Psychiatric Services

The objectives of a Psychiatric Service to any correctional system have been identified in various jurisdictions in several ways.

- (1) As part of the general medical services with whatever objectives and responsibilities are assigned to that service.
- (II) In terms of the objectives to be achieved.
- (III) In terms of the roles of the professional staff.
- (IV) In terms of the patients requiring care and treatment.

(I) PSYCHIATRIC SERVICES AS SPECIALTY MEDICAL SERVICES:

The psychiatric services function in one aspect as part of the general medical services and should conform, in that part to the goals and objectives of the medical service.

Experience has demonstrated however that it is difficult and unduly constraining to limit psychiatric services to operating solely as a specialty within a medical service in a correctional setting as illustrated by the following proposed functions.

(II) THE OBJECTIVES OF A PSYCHIATRIC SERVICE IN A CORRECTIONAL SYSTEM WOULD INCLUDE:

Clinical Services:

- (1) Provision of services for the diagnosis of psychiatric illness;
- (2) The arranging for psychiatric care and treatment for the acutely or severely ill;
- (3) The provision of psychiatric care and treatment for the acutely and severely ill, as the resources permit;
- (4) The assessment and supervision of programs for those who suffer psychiatric disabilities;
- (5) The provision of therapeutic psychiatric services (drugs, behaviour therapies, psychotherapy) on an ambulatory basis for those suffering from illnesses of mild to moderate severity;
- (6) The provision of psychiatric reports and recommendations when required for classification, program assignments, temporary absences, releases on parole, etc.;
- (7) The provision of psychiatric treatment for those not manifestly clinically ill, but where the offence or offences clearly arise from underlying psychopathology, e.g. masked depression, latent schizophrenia, some personality disorders;
- (8) The provision of medico-psychological therapy on a trial basis for those whose offences appear to arise from, or be related to behaviour disorders, e.g. fire setting, incest, drug addiction;
- (9) The provision of psychiatric after-care, follow-up and continuing medical treatment for those on parole and those under the care of voluntary after-care societies;

Advisory Services:

- (10) Acting as advisors to the administrators of institutions regarding mental health aspects of practices, procedures and programs with a view to reducing psychiatric illnesses of a preventable nature by ameliorating tensions arising from isolation, physical threat, dependency status;
- (11) The provision of psychiatric counsel to staff in regard to emotional problems involved in staff-inmate relations, working conditions, and changing programs. Psychiatric consultations may be particularly useful in resolving difficulties which inevitably arise in new approaches as in Living Units;
- (12) The provision of consultations and reports, regarding pre-release and parole, to the parole staff and to personnel of after-care agencies concerning mental health needs and problems to be faced by inmates with psychiatric disabilities after their parole or release;

Training Services:

- (13) The provision of on-the-job staff training for custodial and correctional staff with respect to matters within the competence of the psychiatric service professionals, e.g., detecting suicidal risks, management of impulsive or violent behaviour, recognition of symptoms of an approaching crisis;
- (14) The provision of appropriate training programs for universities and other educational institutions in the field of psychiatry as applied in the correctional field, for psychiatric residents, nurses, clinical psychologists, therapists;

Research Services

- (15) Engaging in research in relevant fields of psychiatric criminology, penology of abnormal offenders, research methodology, etc.

(III) ROLE AND FUNCTION OF THE PSYCHIATRIC TEAM:

The functions of the psychiatrist and his associated professionals within the correctional framework are:

- (1) To act as specialist consultants to the medical services of institutions regarding diagnosis and treatment;
- (2) To provide the medically necessary treatment for identified psychiatric patients in the prison population either on an ambulatory basis or when available in appropriate infirmary settings;
- (3) To arrange for medically necessary transfers to outside hospitals with adequate professional liaison with the treating psychiatrist both before and after treatment;
- (4) To assist, in a consultant capacity, the classification officers with regard to diagnosis, limitations because of psychiatric impairment and prognosis in relation to institutional allocation and programs.
- (5) To assist in the development and operation of programs for the management of the psychiatrically impaired while they are undergoing sentence.
- (6) To act as advisor to Regional Directors and Directors of institutions in relation to the development of institutional rehabilitation programs and also in relation to all matters affecting the mental health of inmates.

Few would question the place of the psychiatric profession in fulfilling the first five listed above, or in providing treatment and care for inmates who are psychiatrically

ill on admission or who develop illness during incarceration. (These categories are described in detail in Objective IV. Goals in Terms of Patients Requiring Care.)

However, for many reasons, as pointed out by Satten(*), the psychiatrist's role in correctional services is not fully acknowledged and he states:

"What does the psychiatrist bring to the correctional scene? First and foremost, he brings the healing tradition of the physician which, in its best moments, has transcended national boundaries and social prejudices and which is especially important in the treatment of social outcasts. He also brings, as mentioned earlier, the administrative know-how of running a treatment institution that depends for its success on the continuing education of relatively untrained personnel. Finally, he brings a highly technical knowledge of what makes a given individual think, feel, and act the way he does, and the ability to work with highly trained professionals from other disciplines in translating their joint knowledge into an effective treatment program. While most, if not all of the treatment skills can be learned by various members of the team, the important problem is that of assigning the person requiring treatment to the "right" treatment.

In a broad sense, this is what one might call diagnosis. The ability to do this, to integrate the findings from all the professions about the behaviour of a given person and to make proper recommendations about further treatment is *the key role for which psychiatrists are trained today; it is also a role for which no other profession is currently being trained*. On the other hand, many professions are training individuals to do treatment, and these individuals have demonstrated that they can do so quite successfully when given appropriate patients or clients. For example, many clinical psychologists and psychiatric social workers are doing psychotherapy, many ministers are doing counseling, and many nurses and activities therapists are broadening their roles much beyond their original training.

At this point, however, one cannot define in detail the various roles of the psychiatrist, other than to state they will relate to his special knowledge and his special skills. The exact role will vary in different correctional institutions, much as it does in different mental hospitals or even within the same mental hospital. In a broad sense, the psychiatrist's role is to make his special knowledge part of the professional common sense of the personnel that function in the institution.

The exact administrative arrangements by which such a contribution may be made will probably vary considerably from place to place, and may often depend upon expediency. For example, what psychiatrist is available and how much time does he have for correctional work? But if the concept of rehabilitation is truly accepted, psychiatric services will be seen as essential, and ways will be found to use the psychiatrist effectively. Whether the psychiatrist is used as a consultant, as an institutional staff person, as director of clinical services, or even as a superintendent of an institution, is less important than whether the correctional system is actually trying to make use of his knowledge and skills."

This in no way implies that the psychiatrist is necessarily master of all the diagnostic, observational skills on one hand nor of the range of therapeutic skills on the other. Conventional wisdom at this time tends to assign to him the managerial functions in the therapeutic milieu, but this should be clearly separated from his function as the clinically skilled descriptive analyst in the scientific mode, seeking to explain and alter abnormal behaviour.

Beyond the clearly medical care responsibility of the psychiatrist as a consultant to the prison medical service, questions have been raised as to "why a psychiatrist for

(*) J. Satten "The Psychiatrist's Function in the Correctional Setting", *Prison Journal* V.44, Page 13, 1964.

some of the more general or scientific correctional programs? "The answer lies in the particular combination of basic science knowledge and clinical skills and in the responsibilities and ethical constraints of the psychiatrist as a physician. His knowledge bridges the biological, psychological and social aspects of man in his environment and the interrelations of this knowledge. Only the psychiatrist has a healing commitment based on skills derived from all these sciences.

At this stage, there may be only a few facts known on which we can clearly discriminate a therapeutic role in corrections, e.g., masked depression is a factor in some homicides. The emerging factors on a biological level etiologically related to violence*, the effect of chemical agents on behaviour,** the multifactorial facets contributing to aberrant behaviour, the requirement of clinical skills to elicit data make the psychiatrist and clinical neuro-psychologist nodal contributors to study the problems of psychopathology. Thus the psychiatrist and clinical neuro-psychologist are the only clinical investigators capable of correlating the knowledge from the different behavioural sciences, from the molecular to the cultural levels of complexity, and relating these to specific behaviours, attitudes or motives.

(IV) GOALS IN TERMS OF PATIENTS REQUIRING CARE:

Within the Canadian penitentiary population, there is a number of inmates who suffer from various types of mental illness — some with lifelong disabilities, some whose illness is present on admission and others who develop illness after incarceration (4 per cent of all inmates in the U.S. Federal Prison system develop their first attack of psychosis while under sentence).

The total number with diagnosed psychiatric illness at any one time in Canadian Penitentiaries illness approximates 750, and gives an estimate of the numbers and categories involved, as of October 1971. The figure of 750 does not include the Special Program Group. (See D. below).

A. The Acutely Ill — severe depressions, psychoses, panic attacks, confusional states or toxic reactions requiring medical diagnosis and hospital treatment under medical direction. This group of patients normally would not be expected to be in hospital more than two months in any one attack.

This group, clearly ill, is capable of being treated adequately only in a medical setting, and has the top priority for any available psychiatric services. (In the specific Canadian setting this represents, at any one point in time, about 76 patients).

B. Sub-Acute Cases — The cases in this group are in similar diagnostic categories to those in Group A but their illness persists in treatable form after the acute phase has passed and therefore active treatment must continue beyond the two month period, often with specialized nursing attention. In some cases outside penitentiary, these patients can be treated in day hospitals or on a regular outpatient basis, provided a relatively stress-free living arrangement is found. In penitentiary, however, it is medically advisable that treatment be provided to the maximum degree of improvement in the controlled environment of the hospital centre. (In the specific Canadian setting this represents, at any one point in time, about 303 patients).

C. Chronic Patients — These cases would require continuing psychiatric care and would include, for example, organic impairment due to brain damage, chronic schizophrenia, some epileptics and some cases with mental retardation. These patients cannot live a

(*) *Violence and Brain*, Mark and Even, New York, Evanstar and London, Harper and Row.

(**) *The Physiology of Agression and Defeat*, B.E. Eleftherion and J.B. Scott, Plenum Publishing Co., N.Y.

normal prison life as they create serious administrative problems; both the patients and the general population suffer from their inclusion in the normal population and they are basically a medical problem.

It is considered that it is a valid objective of psychiatric centres to take responsibility for chronically ill patients. Even if some chronic psychotics may not respond to known treatment methods, benefits will accrue to the rest of general population through amelioration of the environment by the removal of chronic psychiatric cases. It is considered that the creation of chronic units to treat such patients is justifiable. (In the specific Canadian setting some 370 inmates have been identified in this category).

D. Group Requiring Special Programs: — personality disorders, drug addicts and alcoholics, sexual offenders and dangerous sexual offenders.

A certain percentage of the cases in this category would be suffering from such illnesses as masked depression and masked schizophrenia where the crime is significantly related to the underlying illness. Clinical opinion is that this group is responsive to treatment and that treatment would enable them to be discharged from prison at an earlier date. Clinical opinion also considers that many Dangerous Sexual Offenders have been wrongly classified as such and that an extensive rescreening and reappraisal of the people in this category might result in reclassification and possible earlier discharge. It must, however, be stated that, while treatment programs exist which could be utilized for the remaining inmates in these categories, a study of the literature has not revealed any adequate follow-up studies to enable us to adequately evaluate the outcome of such treatment. It is, therefore, essential that evaluative research be built into any proposed program. (While no accurate estimate of the number of inmates in this group can be presently provided, an estimate of 1,000 has been made, and it is not suggested that accommodation be provided to treat them in such volume).

SECTION IV

Present Developments in Other Nations

Almost all countries of the Western World have had, over the past 50 years, to confront the situation of the mentally abnormal offender. The developments for coping with the problem have been varied and none has emerged as pre-eminently superior. Canada appears to be unique in having its correctional system split arbitrarily into federal and provincial jurisdictions based on severity of sentence. The United States on the other hand has parallel federal and state correctional systems based on the nature of the crime.

In 1957 the United Nations surveyed most Western European Countries to determine the legal machinery that existed for the custody and care of those found to be suffering from mental illness while under sentence. (*) The laws and procedures appear strikingly similar but little is known of the facilities or implementation in many of these countries.

Whether or not a full range of treatment facilities are developed within the jurisdiction of the nation's penal system through cooperation with the normal health system of the state seems equally variable. Some "hospital prisons" such as Broadmoor in the United Kingdom have been transferred between the Home Office and the Ministry of Health, even though both Health Services and Corrections fall under national ministries.

In the United States the most common solution has been the transfer of mentally ill offenders from state correction institutions to state operated mental hospitals. (**) In most instances the mental hospitals provided or continue to provide security units for ill prisoners under sentence in state correctional institutions together with accommodation for persons unfit to stand trial, or not guilty because of insanity. In a few instances the state correction services operate a psychiatric hospital under its own jurisdiction and of course the federal prison system has several such hospitals. (**)

The range of services provided in these correction hospitals, their staffing patterns and ratios and their objectives vary widely and no data exist upon which to judge them except that almost all complain of professional staff shortages based either on non-availability or budgetary constraints.

Some of the more notable United States correctional hospitals that have contributed valuable information on the type, characteristics and response to treatment programs of the mentally ill offender are the United States penitentiary hospitals at Leavenworth and at Springfield, the Michigan Corrections Psychiatric Clinic at Jackson, Clinton Prison in New York, and the California Medical Facility in Vacaville. (***)

Each State seems to have been faced with the range of cases identifiable in our penitentiaries, and evolved compromise solutions with no particular system emerging as optimal.

Some countries have established special facilities for the social or antisocial character-disordered offender which have received world recognition as pioneering resources to solve a universal problem. The best known of these, Herstedvester in Denmark, Van der Hoeven Klinik in the Netherlands, Grendon Psychiatric Prison in the

(*) *International Review of Criminal Police*, No. 12, July 1957, p. 3. United Nations Publication 58, IV.1.

(**) P.L. Schiedemandel and C.K. Kanno *The Mentally Ill Offender — A Survey of Treatment Programs*. The Joint Information Service, APA, NAMA Washington, D.C. 1969.

(***) *The Mentally Abnormal Offender*. CIBA Foundation Symposium, London 1967.

United Kingdom and Patuxent in the United States have concentrated both personnel, research facilities and training in a way that has permitted them up to now to fulfil a pioneering role.

Other countries, by their pioneering undertakings, have contributed to our knowledge and it would be appropriate for us in Canada to carry out further developments on our own. Moreover, cross-cultural trends in other countries are different from those in Canada, and therefore, we cannot directly adopt methods developed abroad: we must find out truly Canadian practices appropriate to our penal code, the type of offenders in Canada and the socio-cultural patterns of Canadian people.

SECTION V

The Developments required to Fulfil the Objectives in Canada on the Federal Level

Repeated surveys(*) have indicated inadequate facilities for the proper care of psychiatric patients in almost all federal prisons across Canada. The recent studies of the Regional Representatives of the Advisory Board of Psychiatric Consultants confirm this deficiency and indicate the progressive deterioration of such facilities as do exist.

Part I – ALTERNATIVES

Before embarking on major new construction it is necessary to examine the alternatives that have been suggested, considered by the Board and rejected for the reasons stated below:

Alternative 1: The transfer of all inmates with any significant psychiatric illness, disability or disorder to the care of the provincial health services. This possibility has been repeatedly explored over the past few years and has been found unacceptable by nearly every province for a number of reasons:

- (a) Very few hospitals will undertake to provide any degree of custodial supervision and those that do have small secure units are already overcrowded.
- (b) Many of the cases do not fall within the categories or types of illness presently being treated in provincial hospitals.
- (c) Inmates may be motivated by the secondary gains of outside hospitalization to exaggerate or prolong illness.
- (d) Inmates will be returned in many cases when acute illnesses subside without adequate services in the penitentiaries to continue their rehabilitation or to assign them to correctional programs within the tolerance of their limitations.

Alternative 2: The establishment of one large, centrally located psychiatric prison hospital under federal operation to care for the psychiatric patients from all regions. This is not acceptable for the following reasons:

- (a) All the problems of distance from home locality, opportunity for re-establishment and follow-up care that have been experienced with one centralized women's prison would be repeated under this arrangement.
- (b) Ease of transfer for short term diagnostic investigation would be difficult and expensive.
- (c) The opportunity to develop a comprehensive, high quality, well staffed psychiatric service for all institutions in a region would be diminished without a professional base in the region.
- (d) The encouragement of training and fostering of research potential by universities affiliated with regional centres would be limited to only one affiliation in one area.
- (e) The general trend to reduce the size of maximum security institutions to a humane scale, would be contravened by one federal hospital of adequate size.

(*) Vide Section 2.

Alternative 3: Another approach would be to undertake treatment programs under non-medical aegis for those with abnormal psychological disorders. This approach, often referred to as the "social-deviance model" in contradistinction to the "medical model" has its advocates. However:

- (a) When this approach is attempted it is often necessary to involve the psychiatrist to provide at least a "legal cover" for what, under the provincial medical acts, would otherwise be the treatment of diagnosable illnesses by unlicensed practitioners of healing.
- (b) Even if the legal barriers were overcome, certain of the conditions to be diagnosed or treated require skills, techniques and remedies only within the competence of a physician. This would apply to all acute, sub-acute and chronic cases and to a percentage of the cases in the Special Program Group.
- (c) Where this approach has been tried it has been observed that two systems emerge both of which suffer from lack of close collaboration and unproductive rivalry.

Alternative 4: The possibility of utilizing Federal Medical Services such as Department of Veterans Affairs or Department of National Defence Hospitals to care for Federal Prisoners has been advanced.

While this may be practical in some situations for the short term care of physical ailments, it offers little for the care of psychiatrically ill prisoners, for these reasons:

- (a) There are only two D.V.A. hospitals, one at London, Ontario and the other at Ste. Anne de Bellevue in Quebec that have psychiatric facilities of any size. Both are a considerable distance from any federal penitentiary and neither offers the professional staff nor the physical facilities to care for prisoners.
- (b) The policy, already partly implemented, of the Department of Veterans Affairs, is to turn its hospitals over to provincial responsibility often as university hospitals and to divest themselves of direct responsibility for their operation.
- (c) Discussion with appropriate Department of Veterans Affairs officials has indicated that there would be strong objection to any sharing arrangements by their patients and staff and also from the Canadian Legion. Like the Provincial Mental Hospitals they are not geared to cope with mentally ill federal penitentiary inmates.

Part II – SUGGESTED COURSE OF ACTION

Having found no suitable alternative by which psychiatric services might be provided, the Board considered the steps required to achieve a workable solution in the Canadian Penitentiary Service:

- (1) The first requirement is an overall plan accepted by the Federal Government, a plan which can provide the guidelines, goals and authoritative support for regional programs.
- (2) An essential requirement is for the Government to make a commitment to improve the quality of psychiatric services, and for the Canadian Penitentiary Service administration to be provided with resources and personnel beyond the present minimal and, at times, dangerously inadequate level.
- (3) A third requirement is an administrative organization that permits medical direction of the programs, with clear cut lines of professional communication and responsibility at all levels.

- (4) The fourth step is a unification of psychiatric services throughout the federal correctional systems particularly in respect to the penitentiary and parole services; and, when appropriate, linking these with provincial mental health services, e.g., Quebec and Prairie Provinces.
- (5) The Board has been occupied in its early deliberations with the location, size, organization and relationship of one aspect of the total program, namely "psychiatric centres". It is convinced that such centres are essential to provide the following services:—
- (a) as an active treatment psychiatric centre for the acute and sub-acute mentally ill and emotionally disturbed individuals;
 - (b) as an observation centre for the study in depth of inmates in whose offences psychological elements have played an obvious role, for whom future rehabilitation will pivot around determination of the inmate's mental condition, its treatment and prognosis;
 - (c) as a centre for the care of the chronically mentally ill inmate whose offence is embedded in his distorted mental processes. Such inmates may or may not have few chances for eventual release but must be afforded every opportunity for treatment, both on a humane and on a scientific basis;
 - (d) as a centre for the care and treatment of those emotionally disturbed individual whose crime, in effect, is a symptom of his basic condition, with its criminal implications of secondary importance. Such a centre would direct its energies towards a positive rehabilitative program with emphasis on active psychiatric treatment;
 - (e) as a centre where the dynamics of personality and crime might be studied in respect to prevention, causation, treatment and rehabilitation;
 - (f) as a centre for training personnel in the diagnosis, treatment and research techniques of the anti-social personality. Psychiatric training at the post-graduate and under-graduate levels would be of great value, as herein are combined the intricacies of law, medicine and sociology which would be of value to other disciplines, such as, criminologists and students of law and psychiatry.
 - (g) As well as these direct functions, the centres will assist in providing a base for professional growth, advancement of knowledge, and maintenance of the standard of care in the areas of reception and classification, ambulatory consultation and care in the general prison population, consultation, advice, after care and follow-up arrangements with the National Parole Service.

The Board is opposed to any one architecturally uniform, equal sized, administratively identical institution being duplicated across the country.

- (6) Staffing: — To provide adequate psychiatric services to the various groups of patients that have been identified as needing care, continuing outpatient services to all regional institutions, the necessary consulting and advisory services to the administrations, and to engage in training and investigation, will require a staffing standard comparable to that established for any acute psychiatric hospital offering community services.

The Board recommends the patient/staff ratios for various classifications of professional and therapeutic personnel in accordance with Appendix 9.

Not only is it important to have an adequate number of staff but they must be kept continuously abreast of their fields of competence, or receive special training appropriate to their work on appointment.

- (7) **Affiliation with Universities** — The individual reports submitted by the regional representatives of the Board indicate a general willingness on the part of the relevant universities to enter into negotiations with regard to affiliation with the appropriate centres. The early establishment of Liaison Committees to initiate discussions with regard to affiliation, is recommended by the Advisory Board. Full affiliation, would, of course, be dependent on the centres being appropriately staffed and funded to support research and teaching and on treatment programs meeting required universities standards.

Psychiatric Centres with the proposed affiliation with relevant universities offer a unique opportunity for the development of new and improved methods of care and treatment for those individuals who are presently the responsibility of the Canadian Penitentiary Service and National Parole Board. There is a great and urgent need for this type of research not only in Canada but on an international basis. While the Board intends to devote itself to determining relevant research needs it is obvious that, as well as general problems in this field applicable on an international basis, there are specific Canadian problems requiring research, for example, the psychological problems of the Indian/Metis population of the Prairie Institutions. It is not anticipated that the Department of the Solicitor General should support all research carried out in these Centres, for example, if genetic studies were being considered, funding might be obtained from the Medical Research Council. It is considered that several other relevant agencies could assist in specific projects.

Part III — GENERAL RECOMMENDATIONS

In the light of the above considerations, the following recommendations are submitted:

- (A) With regard to Regional Psychiatric Centres, generally, the Advisory Board recommends:

- (1) That there be five Regional Psychiatric Centres in the Canadian Penitentiary Service;
- (2) That there should be diversity of arrangements in the planning of penitentiary psychiatric centres and the provision of psychiatric services in different regions, recognizing the variety of needs, programs and facilities that are operative in the five main regions of Canada;
- (3) That a unified psychiatric service be established in each region under the professional direction of a regional psychiatrist who would assign the professional staff to provide the range of services required on a priority basis. This would provide:
 - (a) better professional liaison, collaboration and consultation,
 - (b) opportunities for diversity of practice, continuing care throughout all phases of illness (initial consultation, inpatient treatment and after - care), and
 - (c) coverage of separate institutions during vacation, illness, absences at medical meetings, etc.
- (4) That a formal approach be made as soon as possible to those universities with which it is hoped the Regional Psychiatric Centres might be affiliated. It should be recognized that, nowadays, a meaningful association with a university usually requires a formal agreement spelling out basic ground rules, some form of checks and balances with regard to the academic aspects, mutual obligations, etc. Such negotiations should be opened, and if

possible, agreements approved, before the appointment of Medical Directors, since this is a crucial event which initiates many of the processes of program development, staff appointments, etc.

- (5) That in order to attract and keep professional staff and to facilitate university affiliation the centre must be located within convenient distances of large urban and/or university centres;
- (6) That the Medical Director should be appointed as soon as possible, preferably during the planning stages and in any case at least one year before the opening of the Regional Psychiatric Centre;
- (7) That before a Regional Psychiatric Centre is opened there must be an adequate number of professional staff available and that plans should have been made for the training of ancillary staff;
- (8) That the operating cost of psychiatric care provided in the Canadian Penitentiary Service should be commensurate with those costs that reflect an adequate and contemporary standard of psychiatric care;
- (9) That the functions of research and teaching within the penitentiary psychiatric centres are essential to successful operation of these centres and that budgetary provision for these centres be adequate for this purpose.

(B) With regard to Staff Requirement and Development, the Advisory Board recommends:

- (10) That professional staff should annually attend one major professional meeting, plus one meeting of special concern to the forensic behavioural scientist;
- (11) That in order to foster the continuing professional development of its professional personnel, and to encourage the selection of a career in the service, this Board recommends the institution of a program to provide study leave at regular intervals;
- (12) That financial support for training in psychiatry be provided by the Department of the Solicitor General for those near the end of or at the completion of specialty training, in order that they may concentrate on advanced training in penology and forensic psychiatry. This funding could be provided through at least two mechanisms:
 - (a) The awarding of one year fellowships after a minimum of three years of post-graduate specialty training; or,
 - (b) Permitting the first year of regular full-time appointment to the Medical Service of the Penitentiary Service to be devoted to special accredited training.

In order to meet the present commitments for the number of professionals required for psychiatric services, this program should be initiated as soon as possible.

(C) With regard to National Parole Board and National Parole Service, The Advisory Board Recommends:

- (13) That there should be early joint planning and consensual agreement on treatment goals and requirements to be fulfilled, established between the psychiatric staff and National Parole Service officers in order that release of inmates will ensue at a meaningful time, if the conditions of parole are met;
- (14) That the need for a study of the provision of adequate psychiatric services on release be recognized, and that this study be undertaken immediately by the Advisory Board in conjunction with the National Parole Board;

- (15) That psychiatric staffing levels be set, taking into account the work load necessary to fulfil the National Parole Board's requirements for the preparation of psychiatric reports, consultation with Parole Board panels, National Parole Service officers and participation in follow-up.

Part IV – REGIONAL DISCUSSION AND RECOMMENDATIONS

In the outline of Method of Work in Section I of the report it was pointed out that individual members of the Board were delegated to represent the appropriate regions in Canada and to consult with provincial Government Departments, universities and professional associations (See Appendices 1 to 5 for lists of those consulted).

(A) Atlantic Region

NEW BRUNSWICK

There was agreement by all concerned that the logical place for the Centre was Halifax in collaboration with Dalhousie University. The staff at Dorchester Penitentiary stressed the urgent need for such an institution and that present facilities for looking after mentally ill people are neither fair to the patients nor to the staff. The Attorney General's Department and the Health Department indicated their desire to collaborate in this type of unit. Their requirements are reflected in the number of beds indicated for the psychiatric centre for this region. They stressed the need for close inter-relationship with the Provincial Mental Health Service outpatient facilities, day hospitals, etc.

NOVA SCOTIA

A conservative estimate from discussion with those consulted indicates that Nova Scotia would require 15 beds in addition to those individuals from Nova Scotia currently in Dorchester Penitentiary.

PRINCE EDWARD ISLAND

It is apparent from our study that the Province is definitely interested in having this type of institution established and estimate they would have four to five patients there at any one time.

NEWFOUNDLAND

The Province of Newfoundland might occupy two or three beds in the proposed psychiatric centre but apart from that appears prepared to look after all other types of patients.

In view of the above, the Board recommends:

- (16) That a federally constructed Psychiatric Centre be established at Halifax, for joint federal-provincial use;
- (17) That this Centre provide accommodation of approximately 100 beds for:
- 60 penitentiary patients
 - 20 provincial correctional patients
 - 20 provincial mental-health patients;
- (18) That affiliation with Dalhousie University be explored with a view to the early appointment of the Medical Director.

(B) Quebec Region:

The situation in Quebec differs quite radically from that existing in all other regions in that the Philippe Pinel Institute is prepared to accept a considerable number of our inmates for treatment. This matter was discussed by Dr. Béliveau with Mr. Claude Forget, Assistant Deputy Minister of the Finance Division of the Department of Social Affairs and a per diem rate of \$67 was suggested. It was also suggested that the Canadian Penitentiary Service guarantee that a minimum number of 30 federal-patients be under treatment at the Institut Philippe Pinel at any one time. In view of the statistical data from the Quebec Region, it is obvious that, in fact, a much larger number of patients would be under treatment at the institution and that this number might well be as high as 100. It was felt that the Canadian Penitentiary Service should continue to treat acute cases and the construction of a 48-bed unit for this purpose was recommended. The three Universities are interested in affiliation with such a Centre if it meets the accreditation and affiliation requirements.

In view of the above, the Board recommends:

- (19) That approval in principle be given for the construction of a federal psychiatric centre of 48 beds, to be located in as close proximity as possible to a large urban and university centre, for penitentiary patients requiring acute short-term psychiatric care, and with associated appropriate ambulatory care facilities;
- (20) That, as the Institut Pinel is offering a range of treatment programs which meet the needs of penitentiary patients, and as the per diem cost charged by Institut Pinel is consistent with costs prevailing elsewhere, use be made of the facilities available in the Institut Pinel for penitentiary patients of the Quebec Region other than those provided for in Recommendation 19 above;
- (21) That the Quebec psychiatric service be organized in such a way as to provide close association of the federal and provincial psychiatric services in institutions specializing in the treatment of psychiatric and/or behaviour disorders and with the respective universities in developing a common program of teaching and research in forensic psychiatry.

(C) Ontario Region:

All of those consulted considered that the numbers involved, the size, staffing and location made it preferable – even mandatory – that the Penitentiary Service provided within its own resources for the psychiatric diagnosis, care and treatment of all its charges within the Province of Ontario.

All organizations agreed that since the largest concentration of the inmate population was in the Kingston area that this was the most logical site for a federal psychiatric facility. This conclusion was enhanced by the proximity to Queen's University. The university representative is of the opinion that such a centre, provided it is adequately supported to render a high standard of teaching and research, could be affiliated by a suitable agreement with the university for clinical training of many university students in psychiatry, psychology, sociology, nursing, law, etc.

The Ontario Ministry of Correctional Services indicated that there was a significant need for additional psychiatric resources for inmates currently within the Ontario system. The categories most likely to be admitted would include inadequate personalities, mental defectives, chronic psychotics and the like. The most probable mode of participation by the province would be on a per diem basis.

In view of the above, the Board recommends:

- (22) That approval in principle be obtained for construction of the Psychiatric Centre in the Kingston area, with accommodation for 144 beds, to fulfil the needs of the following programs of treatment for penitentiary patients;
- (i) for acute and sub-acute psychiatrically ill patients;
 - (ii) continuing treatment for patients with serious chronic psychiatric disabilities which render them unable to reside within general penitentiary population;
 - (iii) therapy for patients with character disorders, for sexual offenders, alcoholics, drug addicts;
 - (iv) for clinical investigation;
- (23) That approval in principle be obtained as early as possible with a view to activating the Liaison Committee with Queen's University and the appointment of a Medical Director.

(D) Prairie Region:

MANITOBA

There was general agreement in Manitoba that mental hospitals were not equipped to deal with the problems presented by non-psychotic patients such as aggressive or schizoid psychopaths who were dangerous and there was general agreement that a centrally located institution for the treatment of those offenders would be highly desirable.

The Acting Head of the Department of Psychiatry at the University of Manitoba saw this facility as useful for teaching and for research into the causes of crime and into better treatment methods for those offenders with personality disorders.

The Manitoba Psychiatric Association expressed the opinion that mental hospitals were not capable of treating the aggressive personality disorder types of patients because of their ability to manipulate staff and most particularly their ability to manipulate other patients.

ALBERTA

In Alberta, as in Manitoba, there was a general consensus that those patients with severe personality disorders created a great problem in provincial jails, that treatment methods for them were inadequate and that a special centralized unit wherein treatment methods for this group of offender could be developed, would be highly desirable. If such an institution is established, the University Department of Psychiatry would like to intergrate it into their residency training program and would like to be involved in research projects.

SASKATCHEWAN

The Provincial Mental Hospitals in Saskatchewan find great difficulty in providing the sort of security required for patients sent to them by the courts or by the Lieutenant-Governor's order. It would be the desire of mental health and correctional authorities in Saskatchewan to refer to the proposed regional treatment centre many, but not all, of their patients from the Provincial correctional Institutions. The Province has expressed its desire to participate in the centre with regard to some of its patients.

The University of Saskatchewan, Saskatoon Campus, is keenly interested in the development of the treatment centre and it would appear that they would be quite

prepared to give joint appointments to the staff at the treatment centre in appropriate university departments where the university had been consulted with respect to the appointments.

Great possibilities are seen for research not only by the Department of Psychiatry but also by the Departments of Psychology, Sociology, Criminology and Law. Such a centre could be integrated into the residency training program of the Department of Psychiatry.

In view of the above, the Board Recommends:

- (24) That a federal-provincial Psychiatric Centre for the three prairie provinces be constructed and operated at Saskatoon by the federal government;
- (25) That this Centre provide accommodation of 150 beds for:
 - 86 penitentiary patients
 - 64 mental-health and correctional patients from the three Provinces;
- (26) That services be provided by this Centre to fulfil the needs of the following programs:—
 - (i) reception, and remand for psychiatric assessment (for the Province of Saskatchewan only);
 - (ii) for acute and sub-acute psychiatrically ill patients;
 - (iii) continuing treatment for patients with serious chronic psychiatric disablements which render them unable to reside within the general population of prisons or mental-health hospitals;
 - (iv) therapy for patients with character disorders, for sexual offenders, alcoholics, drug addicts;
 - (v) for clinical investigation;
- (27) That approval in principle to construct this Centre be obtained as early as possible with a view to activating a Liaison Committee with the University of Saskatchewan and to the appointment of the Medical Director.

As with the Atlantic Region, the problems of multiple jurisdiction, population density and travel distances pose special constraints on the Prairies.

(E) British Columbia Region:

It is fairly obvious that the place of psychiatry within the British Columbia Penitentiary is that of a token situation. The psychiatrists having been given no authority are regarded by those within and outside the administration as powerless. Their very powerlessness to effect change or introduce new patterns of care within the administrative structure invites a lack of respect towards them and hence reinforces the token situation. With respect to the services at the Riverside Unit, a unit within the Provincial Mental Health Services that holds approximately 288 patients, there are serious deficiencies both in physical plant, in professional staff and in patterns of care.

The program needs for this region indicate a number of small and flexible psychiatric units designed for specific purposes with planned functional programs for the following categories:—

- (a) Acute and Sub-acute psychiatrically ill patients.
- (b) Those patients who are mentally retarded or chronically organic — that is, suffering from epilepsy or conditions where brain syndromes are involved, and including chronic schizophrenics who require continuing treatment programs.

- (c) Patients in need of special programs such as severe personality disorders, drug addicts, alcoholics, sex offenders, and Dangerous Sexual Offenders.

In view of the above, the Board Recommends:

- (28) That the Matsqui Female Unit, including the Pilot Treatment Unit and hospital, be developed as a psychiatric centre for approximately 138 patients;
- (29) That, as soon as approval in principle is obtained, the Liaison Committee with University of British Columbia be activated, and that steps be taken for the appointment of Medical Director;
- (30) That, immediately following the approval in principle, appropriate arrangements be made for the staffing of all proposed units.

Part V – FUTURE DEVELOPMENTS: – CASE LOADS

The anticipated case loads for the next decade are based upon certain assumptions:

- (1) that the psychiatrically ill and significantly disabled will be designated as falling under the administrative direction of the regional psychiatric service and will be treated by Canadian Penitentiary Service psychiatric services;
- (2) that special investigation or treatment programs for specifically identified inmates will be on a trial basis and will not necessarily be provided for all inmates with similar personality defects or having committed similar offences. This refers to personality disorders, sexual offenders, etc.

Three possible long-term shifts in policy which could affect the previous recommendations are: (These shifts would have little impact in the Atlantic and Prairie Provinces for the proposal is to provide secure facilities to care for all the dangerous, mentally disordered no matter what their jurisdictional status).

- (a) Provision for transfer of increased proportion of the less dangerous mentally ill for short or long-term (including up to termination of sentence) care in provincial psychiatric hospitals.
- (b) Changes in the volume of the correctional population in custody, including earlier parole, transfer of certain persons presently undergoing sentence in provincial correctional institutions. Then the recommendations of this Report would have to be amended accordingly. Moreover the surveys conducted in connection with the Canadian Committee on Corrections do not suggest that Canadian psychiatric hospitals will look favorably on "hospital orders" and particularly "restriction orders" on release from hospital, as a form of sentence. Experience with the treatment of offenders in Mental Hospitals under the British Mental Health Act 1959 has not been satisfactory, according to Rollin(*). Changes in treatment attitudes and physical environment make any form of security repugnant to staff and difficult to achieve.
- (c) Developments of and possible conflicts between the present and future constitutional, administrative and legal distinctions for the care of dangerously mentally ill offenders and the dangerous persons and their clinical and "social defense" needs of society in providing safe and therapeutic environments for these groups.

The variable arrangements being proposed will provide facilities across Canada which can be constitutionally and administratively reclassified and altered if and as the

(*) H.R. Rollin – The Mentally Abnormal Offender and Law. Pergamon Press. London 1969

jurisdiction, functions and mandates shift and change between federal and provincial governments and between mental health and correction services within the Provinces. However, no immediate, relevant constitutional amendment is contemplated in the foreseeable future.

Three of the present proposals, are based on the present count of the dangerously mentally ill or disordered requiring care and would not be materially changed in total by jurisdictional shifts. The Quebec plan at this point proposes maximum melding of provincial services and federal services with acute patients that could be assigned to other jurisdictional authorities should the roles and assignments shift.

The two distinctively federal prison hospitals being proposed at this time, namely at Kingston, Ont., and Abbotsford, B.C. are recommended partly because there are no adequate regional provincial facilities for the care of these inmates, even if administrative arrangements were concluded.

If and when a second maximum security hospital for Ontario in addition to Penetanguishene is required, it would be most logically located in the region of Kingston. Thus if in future years it is constitutionally decided that the ill or disabled offender should be in the custody of provincial health authority then the institution could be transferred without changing the need for such a facility for the Ontario regional population.

Similarly in British Columbia there is no reason to believe that the present provincial health facilities for closed, high custody units are adequate and if the care of additional mentally ill offenders were legally required sometime in the future, under provincial auspices, then appropriate transfer of the proposed British Columbia federal facility would be an economical solution.

Such alternative use should be taken into account since, even without the constitutional complexities of the division of corrections between provincial and federal in Canada, those countries with only one government authority have had shifts of assignment between Departments of Health and Corrections of its Special Prison Hospital, such as Broadmoor.

As clinicians, the Advisory Board can only advise that the total patient accommodation required in each region for the care, clinical investigation, observation and treatments with the present population trends, has been ascertained accordingly.

SECTION VI

Evaluation of Psychiatric Services

The direction to the Advisory Board to consider the evaluation of effectiveness (and cost benefit) of various psychiatric programs opens a matter of wide implication and great importance. Different criteria are appropriate in order to evaluate the effectiveness of psychiatric services in their multiple roles.

- (1) As clinical consultants to medical, classification, parole services, etc., effectiveness would be assessed on the promptness, comprehensiveness, comprehensibility and professional judgement and relevance reflected in reports required.
- (2) As treaters of illness, the effectiveness of the treatment programs could only be assessed on comparison of outcome of therapeutic programs for various identifiable conditions — e.g., agitated depressions, acute anxiety states, delirium, in comparison with other treatment regimes.

There are increasing peer appraisal techniques to assess comparable quality of care, including duration of treatment, reduction of “target” symptoms, ratio of recurrences, psychological measurements, suicide.

There are additional economic benefits that could be calculated in determining cost benefit, including earlier release to the community. Contemporary economists recognize now that benefits to the patient himself are separate from but paramount to other benefits — benefits to prison administration, to other persons, to society at large.

The assessment of cost benefits must consider both the cost in dollar terms and benefits obtained primarily by the patient himself.

- (3) As advisors to classification officers and as “operators” of special programs for the chronically disabled inmate their effectiveness can only be assessed by establishing cost savings based on removal from the usual prison programs of those who are unlikely to benefit from these programs because of their disablement. Such cost benefits might be:
 - (a) Improvement in function and general well-being of patients;
 - (b) A decrease in the cost of the regular program by virtue of their reduced demands for special handling, special protection or individualized supervision within the inmate population and prevention of undesirable incidents;
 - (c) Change in staff morale and staff attitude resulting hopefully in decreased turnover.
 - (d) Comparison by behavioral scales symptom reduction.
- (4) As clinical investigators, attempting to explain and determine bio-psychosocial correlations, and to assess factors contributing to behavioral modification — effectiveness can only be assessed in the scientific forum. As scientists — evaluation rests on the scientific “respectability”, adequacy and merit of published results. No other criteria can be substituted for independent professional review with critique.

As a national priority — unless Canada is to sit back and wait for other nations to expend their resources in this search (to our country’s eventual benefit), then some policy must be established as to our proper duty and share in this international endeavour. There are direct operational benefits that should accrue from sound research findings as well as the social benefits of operating in a self-critical appraising setting.

- (5) The greatest problems arise in the area of evaluation of the effectiveness of special psychiatric programs aimed at correction of specific offenders or the modification of behaviour in such a way as to reduce recidivism, criminality, dangerousness, or socially unacceptable conduct.

The first implication is that psychiatric programs can only be evaluated against a background of overall evaluation of the total federal corrections programs and their various differences. In other words the answer to the question "Is it effective?" addressed to any specific correctional or therapeutic program, must be "compared to what"?

There have been a few outcome studies of particular programs or particular institutions. The best and most consistent of these have been from the California Correctional Authority(*). Others from Clinton(**) Patuxent, Grendon Underwood (***) have been of a preliminary nature and often represent relatively short term "follow-ups".

We know, unfortunately, that studies of outcome of special centres have been permitted publication in the open criminological literature only when they support a specific program. Whether "negative" studies that have resulted enjoy equal publicity is suspect. Any skewing in this regard makes objective assessment impossible. Ward(****) points out the economic, political and social repercussions of such studies in these words:—

"In short, correctional agencies face an inherent conflict between the pressures to develop new programs and empirically validate them and the requirement that these same agencies fulfil the public mandate to proceed efficiently and effectively with the business of rehabilitation. This conflict should provide a good part of the answer to the question of why correctional evaluation is a minority characteristic in American penology. Correctional administrators are aware of the fiscal and political implications latent in every research proposal that has to do with the assessment of correctional outcome. Limitations placed on the number of evaluative studies do not necessarily reflect a lack of appreciation for scientific studies of organizational effectiveness, but may represent an awareness of the vagaries of legislative appropriations and political realities".

In general, reviews of evaluation studies point to the methodological shortcomings of the majority such as those pointed out by Bailey (*****).

The problems of adequate evaluation of correctional programs are dealt with in detail in a recent bulletin of the Massachusetts Correctional Association, and these

(*) L.I. Kim and T.L. Clanon *Psychiatric Services Integrated into the California Correction System*. Int. Journal of Off. Ther. 15, 169, 1971.

(**) L. Fink, W.N. Derby and J. Martin *Psychiatry's New Role in Corrections*. American J. Psych. 126, 542, 1969.

(***) H.P. Tallinton *The Psychological Treatment of Abnormal Offenders*. Prison Services J. 5, 19, 1966.

(****) David Ward *Evaluations of Correctional Treatment: Some implications of Negative Findings*. Proceedings of First National Symposium on Law Enforcement Science and Technology, 1967.

(*****) Bailey, W.C. *Correctional Outcome: An Evaluation of 100 Reports*. Jour. of Crim. Law, Criminology and Police Science, Vol. 57, 153, 1966.

problems range from the lack of financial appropriations to staff concern when evaluation is applied:

"... Any department of corrections has a basic obligation to seek actively for resources to carry out systematic and competent assessment of program effectiveness. . ."

and further:

"... Evaluative research... will inevitably pose problems for administrative, treatment, and security personnel; and they will create problems for the research staff. . ."(*)

The most important contribution of this publication however, is in detailing the present state of knowledge and the necessary procedures in furthering evaluative research in corrections, including the techniques for cost benefit analysis.

RESEARCH

The Psychiatric Advisory Board must urge the development of an adequate competent research establishment including appropriate relationships between the penitentiary service, parole service and provincial correction service.

Such mission or applied research to ensure quality control of the goals of the undertaking is not an insignificant cost item. What percentage of the total cost of federal corrections including both the penitentiary service and parole service operations should be identified for this operational research activity needs decision. The Senate Science Policy Reports suggest Research and Development costs as optimally in the range of 2-3% of total costs of any operation. Only a portion of this can be assigned to quality control evaluations since funds must be preserved for innovative programs themselves in the research and development area.

Without a firm commitment, adequate resources, a fully aligned program between the Canadian Penitentiary Service and the Parole Service, as well as meaningful collaboration with provincial correction services, Statistics Canada and the Fingerprint Section of the Royal Canadian Mounted Police, it is unlikely that any corrections program, including psychiatric services, can be meaningfully evaluated or cost benefits derived.

This does not necessarily imply the development of a large intramural research establishment but rather the framework for intensified collaboration with the university research establishment as represented by the growing centres of criminology across the country and with the Canadian Criminology and Corrections Association.

A strong advisory correction research council to the Solicitor General with provincial representations, on lines similar to this Psychiatric Advisory Board could provide the needed leadership. Specific, needed studies could be assigned and financed both intramurally and on contractual grants to research centres.

Moreover we urge that it be clearly accepted that Canada is prepared to subject all our correctional undertakings to the most rigid evaluation and set an example to other jurisdictions, in openly making known all our findings to those most concerned.

We have dwelt more fully on this area than may seem appropriate by our terms of reference but can foresee no other means by which the requirement, that we subject our programs to adequate evaluation, can be properly carried out.

(*)Correctional Administrator's Guide to the Evaluation of Correctional Programs'', in Correctional Research Bulletin, No. 21, 1971, Boston, Mass. U.S.A.

The Board recommends ongoing development with departmental economic advisors of cost/effectiveness and cost/benefit assessment of these programs when they become effective, as well as the more traditional scientific measures of outcome.

In view of the above, the Board Recommends:

- (31) That steps be taken immediately to develop techniques for the evaluation of the effectiveness of psychiatric programs in penitentiaries.

SUMMARY

The Advisory Board of Psychiatric Consultants, appointed by the Solicitor General, has developed its report through consultations by its Regional Representatives with officials of relevant provincial governments, universities and professional association in all regions of Canada.

The report reviews the objectives of psychiatric services in any correctional system, and it gives the historical background of psychiatric services in the Canadian Penitentiary Service. It formulates the requirements for providing adequate psychiatric services in the specifically Canadian setting; wherein various alternatives are considered and numerous recommendations are made as to how such services might be effected. Finally, the report deals with the problem of evaluating the effectiveness of psychiatric services in terms of cost benefits; this matter will also be the subject of a complementary report rendered by consulting economists appointed by the Solicitor General to collaborate with the Advisory Board of Psychiatric Consultants.

RESUMÉ OF RECOMMENDATIONS

1. That there be five Regional Psychiatric Centres in the Canadian Penitentiary Service.
2. That there should be diversity of arrangements in the planning of penitentiary psychiatric centres and the provision of psychiatric services in different regions, recognizing the variety of needs, programs and facilities that are operative in the five main regions of Canada.
3. That a unified psychiatric service be established in each region under the professional direction of a regional psychiatrist who would assign the professional staff to provide the range of services required on a priority basis. This would provide:
 - (a) better professional liaison, collaboration and consultation,
 - (b) opportunities for diversity of practice,
 - (c) continuing care throughout all phases of illness (initial consultation, inpatient treatment and after care), and
 - (d) coverage of separate institutions during vacation, illness, absences at medical meetings, etc.
4. That a formal approach be made as soon as possible to those Universities with which it is hoped the Regional Psychiatric Centres might be affiliated. It should be recognized that, nowadays, a meaningful association with a university usually requires a formal agreement spelling out basic ground

rules, some form of checks and balances with regard to the academic aspects, mutual obligations etc. Such negotiations should be opened, and if possible, agreements approved, before the appointment of Medical Directors, since this is a crucial event which initiates many of the processes of program development, staff appointments, etc.

5. That in order to attract and keep professional staff and to facilitate university affiliation the centre must be located within convenient distances of large urban and/or university centres.
6. That the Medical Director should be appointed as soon as possible, preferably during the planning stages and in any case at least one year before the opening of the Regional Psychiatric Centre.
7. That before a Regional Psychiatric Centre is opened there must be an adequate number of professional staff available and that plans should have been made for the training of ancillary staff.
8. That the operating cost of psychiatric care provided in the Canadian Penitentiary Service should be commensurate with those costs that reflect an adequate and contemporary standard of psychiatric care.
9. That the functions of research and teaching within the penitentiary psychiatric centres are essential to successful operation of these centres and that budgetary provision for these centres be adequate for this purpose.
10. That professional staff should annually attend one major professional meeting, plus one meeting of special concern to forensic psychiatrists.
11. That in order to foster the continuing professional development of its psychiatric personnel, and to encourage the selection of a career in the service, this Board recommends the institution of a program to provide study leave at regular intervals.
12. That financial support for training in psychiatry be provided by the Department of the Solicitor General for those near the end, or at the completion of specialty training, in order that they may concentrate on advanced training in penology and forensic psychiatry. Thus funding could be provided through at least two mechanisms:
 - (a) The awarding of one year fellowships after a minimum of three years of post-graduate specialty training; or,
 - (b) Permitting the first year of regular full-time appointment to the Medical Service of the Penitentiary Service to be devoted to special accredited training.

In order to meet the present commitments for the number of professionals required for psychiatric services, this program should be initiated as soon as possible.

13. That there should be early joint planning and consensual agreement on treatment goals and requirements to be fulfilled, established between the psychiatric staff and National Parole Service Officers in order that release will ensue at a meaningful time, if the conditions of parole are met.

14. That the need for a study of the provision of adequate psychiatric services on release be recognized, and that this study be undertaken immediately by the Advisory Board in conjunction with the National Parole Board.
15. That psychiatric staffing levels be set, taking into account the work load necessary to fulfill the National Parole Board's requirements for the preparation of psychiatric reports, consultation with Parole Board Panels, National Parole Service Officers and participation in follow-up.
16. That a federally constructed Psychiatric Centre (to serve the Atlantic Region) be established at Halifax, N.S. for joint federal-provincial use.
17. That this Centre provide accommodation of approximately 100 beds for:
 - 60 penitentiary patients
 - 20 provincial correctional patients
 - 20 provincial mental-health patients.
18. That affiliation with Dalhousie University be explored with a view to the early appointment of the Medical Director.
19. That approval in principle be given for the construction of a federal psychiatric centre of 48 beds (for the Quebec Region), to be located in as close proximity as possible to a large urban and university centre, for penitentiary patients requiring acute short-term psychiatric care, and with associated appropriate ambulatory care facilities.
20. That, having satisfied itself that the Institut Pinel is offering a range of treatment programs which meet the needs of penitentiary patients, and that the per diem cost charged by Institut Pinel is consistent with costs prevailing elsewhere, use be made of the facilities available in the Institut Pinel for penitentiary patients of the Quebec Region other than those provided for in Recommendation 19 above.
21. That the Quebec psychiatric service be organized in such a way as to provide close association of the federal and provincial psychiatric services in institutions specializing in the treatment of psychiatric and/or behaviour disorders and with the respective universities in developing a common program of teaching and research in forensic psychiatry.
22. That approval in principle be obtained for construction of the Psychiatric Centre at the Kingston area (to serve the Ontario Region) with accommodation for 144 beds, to fulfil the needs of the following programs of treatment for penitentiary patients:
 - (i) for acute and sub-acute psychiatrically ill patients;
 - (ii) continuing treatment for patients with serious chronic psychiatric disablements which render them unable to reside within general penitentiary population;
 - (iii) therapy for patients with character disorders, for sexual offenders, alcoholics, drug addicts;
 - (iv) for clinical investigation.
23. That approval in principle be obtained as early as possible with a view to activating the Liaison Committee with Queen's University and the appointment of a Medical Director.

24. That a federal-provincial Psychiatric Centre for the three prairie provinces be constructed and operated at Saskatoon by the Federal Government.
25. That this Centre provide accommodation of 150 beds for:
 - 86 penitentiary patients
 - 64 mental-health and correctional patients from the three Provinces.
26. That services be provided by this Centre to fulfil the needs of the following programs:—
 - (i) reception, and remand for psychiatric assessment (for the Province of Saskatchewan only);
 - (ii) for acute and sub-acute psychiatrically ill patients;
 - (iii) continuing treatment for patients with serious chronic psychiatric disablements which render them unable to reside within the general population of prisons or mental-health hospitals;
 - (iv) therapy for patients with character disorders, for sexual offenders, alcoholics, drug addicts;
 - (v) for clinical investigation.
27. That approval in principle to construct this Centre be obtained as early as possible with a view to activating a Liaison Committee with the University of Saskatchewan and to the appointment of the Medical Director.
28. That the Matsqui Female Unit, including the Pilot Treatment Unit and hospital, be developed as a psychiatric centre (for the British Columbia Region), for approximately 138 patients.
29. That, as soon as approval in principle is obtained, the Liaison Committee with University of British Columbia be activated, and that steps be taken for the appointment of the Medical Director.
30. That, immediately allowing the approval in principle, appropriate arrangements be made for the staffing of all proposed units.
31. That steps be taken immediately to develop techniques for the evaluation of the effectiveness of psychiatric programs in penitentiaries.

IMPLEMENTATION

The report submitted to the Solicitor General by the Advisory Board of Psychiatric Consultants proposes a program for the development of psychiatric services in the Canadian Penitentiary Service which is based on extensive regional consultations.

Dependent upon appropriate policy decisions and approvals in principle, much further work could then be undertaken by the Advisory Board. The Board could continue as the national coordinating group and immediately proceed to the following tasks, viz:

- (a) Evaluating and advising on plans and programs submitted by the Regional Committees mentioned hereunder,
- (b) Initiating further discussions with the National Parole Board concerning the provision of psychiatric services to meet their needs,

- (c) Evolving further evaluative techniques in conjunction with the Research Division of the Department of the Solicitor General,
- (d) Reviewing and approving research projects pertinent to psychiatric services.

The Regional Representatives of the Advisory Board could act as chairmen of appropriate regional committees which could refine the existing data in relation to regional needs, and consult further with appropriate regional bodies regarding plans and programs.

CONSULTATION in the ATLANTIC REGION

The Regional Representative of the Advisory Board of Psychiatric Consultants has effected consultations with the following persons:

NEW BRUNSWICK:

Dr. Richard Short,
Director of Mental Health for the Province of New Brunswick.

Mr. John Warner,
Senior Solicitor in the Attorney General's Department.

Dr. Robert Gregory,
former administrator of the Provincial Hospital Lancaster, and the psychiatrist who does most of the court work in New Brunswick.

Dr. I. Kapkin,
President of the New Brunswick Psychiatric Association and Dr. Gregory's successor as the Administrator of the Provincial Hospital in Lancaster.

Hon. Paul Créaghan,
Minister of Health for the Province of New Brunswick.

Doctors P. Michel and M. Wright,
Institutional psychiatrists, Dorchester Penitentiary.

Mr. U. Bélanger,
Director, Dorchester Penitentiary.

Relevant members of the staff at Dorchester Penitentiary, including the prison psychologist, a padre and classification officers.

NOVA SCOTIA:

Dr. H. Poulos,
Clinical Director of Nova Scotia Hospital.

Dr. R. Townsend,
Administrator of Mental Health Services in Nova Scotia.

Mr. Innis MacLeod,
Deputy Attorney General.

Mr. R. Anderson,
Senior Solicitor in the Department of the Attorney General with a particular interest in the criminal side of the Attorney General's work.

Dr. Edmund Ryan,
and relevant staff at Springhill Institution.

NEWFOUNDLAND:

Dr. C. A. Pottle,
Director of Mental Health for Newfoundland.

Dr. Fraser Walsh,
Medical Director of the Hospital for Nervous and Mental Diseases, St. John's.

Professor John Hoenig,
Head of the Department of Psychiatry of Memorial University.

The Right Honourable Lord Taylor of Harlowe,
President of Memorial University.

Mr. E. Cummings, Administrator,
Hospital for Nervous and Mental Diseases, St. John's.

Dr. Ian Rusted,
Dean of the Faculty of Medicine, Memorial University.

Mr. Victor MacArthy,
Senior Solicitor in the Attorney General's Department.

PRINCE EDWARD ISLAND:

Due to the holding of a Federal-Provincial Conference it was not feasible for the Regional Representative to visit Prince Edward Island. Data was obtained from Dr. Owen Custis, Deputy Minister of Health.

CONSULTATION in the PROVINCE OF QUEBEC

The Regional Representative of the Advisory Board of Psychiatric Consultants has effected consultations with the following persons:

Dr. Maurice Gauthier,
General Director of Provincial Correctional Institutions.

Dr. Jacques Brunet,
Deputy Minister of the Department of Social Affairs.

The Executive Committee of the Quebec Psychiatric Association.

Mr. Claude Forget,
Assistant Deputy Minister of the Finance Division, Department of Social Affairs.

Mr. Roger Larose,
Vice-rector of University of Montreal.

Dr. Pierre Bois,
Dean of the Faculty of Medicine of University of Montreal.

Dr. Gérard Beaudoin,
Director of the Department of Psychiatry, University of Montreal.

Dr. Pierre Martel,
Director of the Department of Psychiatry, University of Sherbrooke, delegated
by Dr. Jean de L. Migneault, Dean of Medicine of that University.

Dr. Bruno M. Cormier,
Director of McGill Forensic Clinic, delegated by Dr. Maurice MacGregor, Dean of
Faculty of Medicine of McGill University.

CONSULTATION in the PROVINCE OF ONTARIO

A meeting was held in Toronto in September 1971 by Dr. F.C.R. Chalke at which the following were in attendance.

Dr. W. Henderson,
Director of Mental Health Services for the Province of Ontario.

Dr. A. Ives,
Mental Health Division,
Ontario Provincial Department of Health.

Dr. E. Turner,
Chairman of the Committee for Forensic Services,
Ontario Psychiatric Association.

Professor T. Boag,
Head of the Department of Psychiatry, Queen's University, Kingston,
representing the Principal John Deutsch.

Dr. C. K. McKnight,
Chief of Forensic Service,
The Clarke Institute, Toronto.

On November 8, 1971 a meeting was held by Dr. C.K. McKnight with

Mr. L. R. Hackl,
Deputy Minister,
Ontario Department of Correctional Services.

CONSULTATION in the PRAIRIE REGION

The Regional Representative of the Advisory Board of Psychiatric Consultants has effected consultations with the following persons:

WINNIPEG:

Dr. Harry Prosen,
Acting Head, Department of Psychiatry,
College of Medicine, University of Manitoba.

Dr. R. Tavener,
Assistant Deputy Minister, Mental Health,
Assistant Deputy Minister of Corrections.

Dr. E. Johnson,
Director of Forensic Services.

Dr. W. Lambert,
Review Board.

BRANDON:

Dr. J. F. Alexander, Chairman,
Manitoba Psychiatric Association.

Dr. Tyler,
Department of Psychology, Brandon University.

EDMONTON:

Dr. F. Brent,
Advisor in legal medicine to the Attorney General.

Mr. S.A. Friedman
Deputy Attorney General.

Dr. W. G. Dewhurst,
Acting Head, Department of Psychiatry,
University of Alberta.

Dr. William Bobey, President,
Alberta Psychiatric Association.

Mr. B. Rawson,
Deputy Minister of Planning.

Mr. Casson,
Attorney General's Department.

Dr. F. J. Edwards,
Division of Mental Health Services.

Dr. C. P. Hellon,
Mental Health Advisor.

Mr. F. Oswin,
Director of Correctional Institutions.

Principal Robert Begg,
University of Saskatchewan,
Saskatoon Campus.

Dr. J. D. Earp,
Associate Professor, Department of Psychiatry,
University of Alberta.

Dr. W. B. Dorran,
Resident in Charge of Forensic Unit,
Oliver Mental Hospital.

Dr. A. D. MacPherson,
Forensic Consultant.

Mr. B. Barker,
Professor of Law, University of Alberta.

Judge N. G. Hewitt,
Family Court, Edmonton.

Miss Russell,
Solicitor for the Family Court, Edmonton.

CALGARY:

Dr. K. I. Pearce,
Professor of Psychiatry.

Mr. Milton Harrandence, lawyer.

SASKATCHEWAN:

Dr. Ian McDonald,
Head, Department of Psychiatry,
University of Saskatchewan,
Saskatoon Campus.

Executive,
Saskatchewan Psychiatric Association.

Professor Roger Carter,
Dean of Law,
University of Saskatchewan,
Saskatoon Campus.

Dr. Colin M. Smith,
Executive Director,
Psychiatric Services Branch,
Department of Public Health,
Regina.

D. T. Thompson,
Chief of Corrections.

CONSULTATION in the PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA

The Regional Representative of the Advisory Board of Psychiatric Consultants has effected consultations with the following persons:

Hon. Ralph Loffmark,
Minister of Health for the Province of British Columbia.

Dr. H. W. Bridge, Coordinator of Adult Psychiatry,
Mental Health Services.

Dr. W. V. Goresky, Chairman,
Patterns of Practice Committee,
Section of Psychiatry.

Chief of Police,
Vancouver.

Commanding Officer,
"E" Division, RCMP.

Mr. S. Rocksborough-Smith,
Director of Corrections.

Administrators, within the Penitentiary Service, psychiatrists, politicians and those involved in social rehabilitation work concerning inmates.

**NUMBER AND CATEGORIES OF PENITENTIARY INMATES
REQUIRING
PSYCHIATRIC CARE AND TREATMENT**

The following data was obtained in response to a questionnaire circulated to institutional Directors and Psychiatrists in October 1971.

CATEGORIES OF PATIENTS	REGION					
	ATLANTIC	QUEBEC	ONTARIO	PRAIRIE	B.C.	TOTAL
Acute cases	91	85	68	65	149	458
Sub-acute cases	36	30	152	23	62	303
Chronic cases	included in 36 above	157	163	32	20	372
TOTAL	127	272	383	120	231	1,133

The total given under acute cases represents the number of these cases occurring in the calendar year 1970. As each case, by definition, requires treatment for a period of less than two months, an approximate expression of the number of acute cases occurring at any one time would be 76. Accordingly, the amended overall total number of cases in above categories should read:

acute	76
sub-acute	303
chronic	372
Total	751

This represents approximately 10.2 per cent of the penitentiary population as of November 2, 1971.

Data was also obtained with regard to categories of inmates for whom Special Programs might be organized. These included personality disorders, dangerous sexual offenders, other sexual offenders, alcoholics and drug addicts; and 1175 inmates were identified in these categories.

**COMPARISON OF COSTS
OF
SELECTED PSYCHIATRIC FACILITIES**

- a) British Columbia Psychiatric Centre with Provincial Mental Hospitals in Ontario and Quebec

The Department of Financial Services of the Canadian Penitentiary Service conducted a cost comparison of the Regional Psychiatric Centre with two Quebec institutions, The Clarke Institute and four other institutions in Ontario.

TABLE A: COST PER PATIENT DAY

	Pen. Service	North- Eastern	Owen Sound	Goderich	Pinel	Penetang- uishene	Clarke Inst.	St. Jean de Dieu
Operating Costs								
Personnel	40.73	35.09	33.67	33.32	44.66	20.74	49.00	14.26
Other Operating Expenses	6.36	7.55	5.22	4.94	9.55	3.33	13.58	2.76
	47.09	42.64	38.89	38.26	54.21	24.07	62.58	17.02

For various reasons the costs for the Mental Health Centre, Penetanguishene, the Clarke Institute and St. Jean de Dieu are not comparable. St. Jean de Dieu, for example, is a 3,745 bed hospital treating medical, psychiatric and handicapped patients. At the Mental Health Centre the program embraces both medical and psychiatric patients as well as a category known as residential patients. At the Clarke Institute the program is again quite different from that planned by us. It is a training hospital for both doctors and nurses. It engages in large research operations and has a children's Psychiatric section. The data obtained from these hospitals did not permit a segregation of costs by type of program and comparability was not possible.

In comparing the above figures it should be noted that \$7.00 of the total per diem cost shown for the Regional Psychiatric Centre is occasioned by the necessity to provide adequate security. The only other hospital to which this applies is the Philippe Pinel Institute.

- b) Psychiatric Centre (British Columbia complete establishment) with a Maximum Security Institution

TABLE B	PSYCHIATRIC CENTRE	MAXIMUM SECURITY INSTITUTION
Operating Costs		Weighted average cost of Maximum Security Institution
Personnel	40.73	
Other Operating Expenses	6.36	
	47.09	25.00

c) Psychiatric Centre (British Columbia Interim Establishment) with a Maximum Security Institution

TABLE C:	PSYCHIATRIC CENTRE	MAXIMUM SECURITY INSTITUTION
Operating Costs		
Personnel	31.34	Weighted average cost of Maximum Security Institution
Other Operating Expenses	8.45	
	39.79	25.00

In considering the 'per diem' cost for the Regional Psychiatric Centre, it must be borne in mind that the establishment of this centre would, apart from providing urgently needed psychiatric services, also provide the following additional benefits:

- (a) the proposed staffing of the centre will enable the Canadian Penitentiary Service to provide professional psychiatric services to inmates in all penitentiaries (i.e. not only those transferred to the Centre), including outpatients and consultation services;
- (b) by the removal of certain patients from the general penitentiary population, reduce their disruptive influence upon institutional life, and help to improve the rate of success of the rehabilitation programs applicable in the general inmate population in existing institutions;
- (c) enable the Department of the Solicitor General to meet the National Parole Board's unanimous expression of concern about the Canadian Penitentiary Service current lack of adequate diagnostic and treatment services;
- (d) enable the Canadian Penitentiary Service to train key staff for the new programs under the concept of 'living units';
- (e) enable the Department of the Solicitor General to engage in medical and correctional research, more extensively and hopefully with much greater benefits than it is possible at present.

These additional benefits were discussed with the Consulting Economists (on January 20-22, 1972); and the economists concur that such factors would be included in the cost-benefit analysis which they are conducting and which no doubt will be included in their own report to the Solicitor General.

ABSTRACTS FROM, AND RECOMMENDATIONS MADE
by the
FAUTEUX REPORT
and
REPORT OF THE ROYAL COMMISSION ON SEXUAL PSYCHOPATHS

The Fauteux Report, 1956:

“.... If rehabilitative treatment is to be made available for any considerable number of inmates, special facilities must be provided for the treatment of special cases: alcoholics, drug addicts, sex offenders, psychotics.... The problem of sex offenders is primarily a medical problem.... it is obvious that effective treatment can only be discovered if such persons are made the subjects of special study. We feel that sex offenders should be removed from the normal prison population and that intensified research on the problem should be carried out. . . .”

(page 48)

“.... The problem of psychotic offenders similarly requires special consideration... We must record our views that no modern prison system can operate effectively without psychiatric service on a much more extensive basis than now exists.... This, again, is a medical problem, requiring facilities, staff and research”

(page 48)

“.... Considering these four major groups of inmates (alcoholics, drug addicts, sex offenders, psychotics), therefore, the Committee RECOMMENDS the establishment of appropriate prison-medical centres, functionally designed and staffed for the purposes indicated. Such institutions must provide suitable security and custodial arrangements. But they should have, as far as possible, the atmosphere of hospitals. If effective treatment is to be provided in such cases, it must be in an institution in which the ordinary prison routines will be considerably relaxed in order that individual treatment may be given without in any way undermining security requirements. . . .”

The Fauteux Committee supported the recommendations of the Royal Commission of 1938 (the Archambault Report) regarding the “incorrigible inmates”, but classified them as psychopathic persons:

“.... At the present time such prisoners form part of the general prison population. Many of them are serious custodial risks and their presence in the general prison population necessitates the imposition of special custodial arrangements which greatly handicap a normal program of rehabilitation and correction. The Archambault Report recommended the establishment of special institutions for the “incorrigibles”.... We cannot RECOMMEND too strongly that special facilities for the segregation of such persons should be made available, perhaps in one institution, where all the other facilities of the institution could be made available for the treatment of this special group”

(page 48)

The Royal Commission on Sexual Psychopaths, 1958:

Regarding the lack of special facilities:

“.... These prisoners (criminal sex offenders under preventive detention) appear to be treated in the same manner as any other prisoner. Although the provisions of the Criminal Code governing this class of offenders contemplate that they will receive special psychiatric

treatment, facilities for such treatment are NOT available. Dr. O'Connor, a psychiatrist on the staff of Kingston Penitentiary, when giving evidence before us emphasized the inadequacy of the psychiatric services in that institution.

He is the only psychiatrist provided to render professional psychiatric service to a population of 800 inmates. He gives five half-days a week to these services. He said the psychiatric ward of nine beds is used for those who are acutely ill"

(page 91)

". . . . Regarding the examination and treatment of those sentenced as criminal sexual psychopaths, Dr. O'Connor said:

They could be seen at very close intervals if one wished to arrange to do so. To put it very bluntly, I am not making any effort now to treat anyone so convicted in Kingston Penitentiary, because the attendant difficulties to therapy are so great as to make it very questionable if I am not wasting my time . . . Seeing them once a month is useless. They would require a very intensive therapy, a long-term intensive therapy, and in the face of the present situation that is impossible"

Dr. O'Connor further said that the methods of treatment that he suggested could not be carried out in a prison. His recommendation was that a Treatment Centre should be set apart from the regular prison, with reference back to the Courts for release. His suggestion has the support of many other witnesses"

(page 92)

The Royal Commission questioned also Dr. Louis Bourgoïn, psychiatrist at the St. Michel Archange Hospital in Quebec City. He gave testimony as follows:

". . . . If for the last 50 years psychiatry made giant strides of progress in the field of mental illness proper, it must also be recognized that its knowledge concerning sexual anomalies has but little evolved and the purely therapeutic measures are . . . practical non-existent. This deplorable state of affairs is partly due to the fact that medical science, for various reasons, was never free to explore this field, and mostly to the too little known fact that there exist some illnesses for which medical science can yet do nothing"

Notwithstanding the evidence heard, the Royal Commission took more positive attitude towards the problem:

". . . . We think that a more positive attitude is of great importance, and a positive attitude demands more than mere custodial care for the sexual psychopath. We are convinced that with custodial care must go definite progressive methods of the application of all known helpful means of treatment, and the development of new means.

These are medical problems and they must be left to the medical profession"

(page 96)

The Royal Commission 1958 advocated research to be undertaken:

". . . . In addition to community clinics, an organized scientific study of the cases of all sexual offenders committed to serve indeterminate sentence should be undertaken, and if possible extended to all sex offenders serving sentences in penitentiaries, with a view of developing improved methods of treatment of those committed to prison, whether for an indeterminate or definite period"

(page 121)

CONCLUSION No. 16 expressed by the Royal Commission:

"There is urgent need in Canada for research in all aspects of sexual deviation, with a view to development of means of correction and prevention".

(page 124)

Among RECOMMENDATIONS made by the Royal Commission, are these:

"No. 9 . . . THAT special provision be made in the penitentiary system for the custody, control and treatment of every sex offender undergoing preventive detention".

(page 129)

"No. 15 . . . THAT the Government of Canada, through special grants to universities and otherwise, develop special research schemes to determine the causes of sexual abnormality and improved methods of treatment".

"No. 16 . . . THAT special clinics be set up in cooperation with the courts and penal institutions, to which a person found guilty of any sex offence may be required to report for study and treatment".

(page 130)

**STAFFING REQUIREMENT
for the
PENITENTIARY REGIONAL PSYCHIATRIC CENTRES
proposed by the
ADVISORY BOARD OF PSYCHIATRIC CONSULTANTS, 1972**

The Board considered an appropriate staffing pattern based on their extensive knowledge of operating various types of psychiatric facilities and on the work done by the Committee on Standards and Staffing set up, in 1968, by the Provincial Mental Health Services, Province of Saskatchewan and the Board recommends the following:

Administration One psychiatrist as Medical Director for each of the five penitentiary regions.

Psychiatric Care: Clinical and Nursing personnel in relation to the volume of patients, as follows:

(a) For In-patients Care:

(i) One psychiatrist for 20 patients, exclusive of functions of training and research.

(ii) One professional non-medical therapist for 15 patients (or: one psychologist for 30 patients and one social worker for 30 patients).

(iii) 80 nursing personnel for 100 patients.

(b) For Ambulatory Care:

One psychiatrist for 60 ambulatory outpatients.

(c) Supporting Services:

Psychometrist, pharmacists, chaplains, teachers, occupational instructors, recreational supervisors, and the usual administrative, clerical and domestic — services staff — to be ascertained by appropriate standards.

While a staffing pattern based on the above ratios must eventually be achieved it should be realized that this is an optimal standard and that several factors, for example, difficulty in recruiting and the general lack of availability of such professional staffing in Canada, will make such a staffing pattern a goal to work toward rather than an immediate achievement. However, this should not delay the decision to implement the provision of urgently needed psychiatric services as recommended by the Board. In most instances, it will be necessary to open these Centres with a limited number of patients related to the number of professional staff which it has been possible to recruit. The Centres can be brought to full occupancy as the number of professional staff increases. In relation to the ratio quoted under ambulatory care it should be indicated that this ratio is a national average based on a wide variety of cases. Prior to any implementation of this, considerable work would have to be done to ascertain patient hours of contact and any institutional region would have to justify such a request on this basis.

As the Female Satellite at Matsqui is a known quantity, that is, its architectural and potential capacity are known, a staffing establishment has been developed for a proposed psychiatric centre in that institution.

**SUMMARY OF POSITIONS BY CATEGORY
PSYCHIATRIC CENTRE**

Support Category

Stenographers	6	
Clerical	8	
	<hr/>	
Total Support		14

Administration Category

Admin. & Supply Officer	1	1
-------------------------	---	---

Operational Category

Laundry	2	
Storeman	1	
Instructors	4	
Correctional Officers	40	
Kitchen	3	
	<hr/>	
Total Operational		50

Professional Category

Psychiatrist	4	
Medical Director	1	
Medical Officer (Contract)	1	
Dental Officer (Contract)	1	
Director of Research	1	
Research Assistants	2	
Technician	1	
Social Workers	4	
Psychologists	4	
Occupational Therapists	4	
Nurses	92	
Psychiatric Residents	2	
Teachers	2	
	<hr/>	
Total Professional		119

GRAND TOTAL	184
-------------	-----

However, in view of the factors mentioned above, namely, difficulty in recruiting staff, ideal staffing pattern being a long term goal, etc., a feasible transitional establishment (based on British Columbia Psychiatric Centre) would be as follows:

Support Category	18
Security	40
Professional	90
	<hr/>
Total	148

RÉSUMÉ DES POSTES D'UN CENTRE PSYCHIATRIQUE PAR CATÉGORIES

Services de soutien		
Sténographes	6	8
Employés de bureau	8	
Total		14
Administration		
Agent d'administration et d'approvisionnement	1	1
Opérations		
Blanchissage	2	4
Magasinier	1	
Instructeurs	4	
Agents de correction	40	
Cuisine	3	
Total		50
Professionnels		
Psychiatres	4	4
Directeur médical	1	
Médecin traitant (sous contrat)	1	
Dentiste traitant (sous contrat)	1	
Directeur des recherches	1	
Assistants de recherches	2	
Technicien	2	
Auxiliaires sociaux	1	
Psychologues	4	
Thérapeutes professionnels	4	
Infirmières	92	
Psychiatres résidents	2	
Professeurs	2	
Total		118
GRAND TOTAL		
		183

Cependant, à cause des facteurs mentionnés plus haut, à savoir les difficultés de recrutement du personnel, idéal à longue échéance d'un organigramme complet, etc., un effectif possible, entre-temps, (basé sur l'exemple du Centre psychiatrique de la Colombie-Britannique) pourrait être défini comme suit:

Services de soutien	18
Personnel de sécurité	40
Professionnels	90
Total	148

**BESOINS EN PERSONNEL DES
CENTRES PSYCHIATRIQUES RÉGIONAUX
proposés par le
COMITÉ CONSULTATIF DE PSYCHIATRES CONSULTANTS, 1972**

Le Comité a étudié une méthode de dotation en personnel en mettant à profit ses vastes connaissances en matière de gestion de différents types d'installations psychiatriques et aussi le travail accompli par le Comité des normes et de dotation en personnel, en 1968, pour les Services de santé mentale de la province de la Saskatchewan. Le Comité fait les recommandations suivantes:

Administration: Un psychiatre comme directeur médical pour chacune des cinq régions du Service des pénitenciers.
Soins
Personnel clinique et personnel infirmier, selon le nombre des patients, psychiatriques: à savoir:

(a) Patients internes:

(i) Un psychiatre pour 20 patients, toutes fonctions de formation ou de recherche exclues.

(ii) Un thérapeute professionnel non médical pour 15 patients
(OU: un psychologue pour 30 patients et un auxiliaire social pour 30 patients)
(iii) 80 infirmiers pour 100 patients.

(b) Pour soins aux patients sur pied.

Un psychiatre pour 60 patients externes sur pied.

(c) Services auxiliaires:

Psychométristes, pharmaciens, aumôniers, professeurs, ergothérapeutes, surveillants des loisirs, personnel habituel pour les Services administratifs, les bureaux et l'entretien, à désigner selon les normes appropriées.

Alors qu'une méthode de dotation en personnel basée sur les chiffres susmentionnés devra être réalisée éventuellement, il faut bien se rendre compte qu'il s'agit là d'une norme optimale et que plusieurs facteurs, tels que les difficultés de recrutement et la pénurie générale, au Canada, de ce genre de personnel professionnel, font d'un tel organigramme un but à atteindre plutôt qu'une réalisation immédiate. Malgré tout, ceci ne doit pas retarder la décision de mettre en oeuvre la dispensation des services psychiatriques dont il existe un besoin urgent, comme l'a recommandé le Comité. Dans la plupart des cas, il sera nécessaire d'ouvrir ces centres à un nombre restreint de patients, en tenant compte de l'effectif qu'il aura été possible de recruter. Les Centres pourront accepter le nombre maximal de patients au fur et à mesure de l'augmentation de leur personnel. En ce qui concerne le chiffre indiqué à la rubrique des soins aux patients sur pied, il faut signaler que ce chiffre est une moyenne nationale basée sur une grande variété de cas. Avant de mettre à exécution ces diverses propositions, il faudra faire un travail considérable pour établir le nombre d'heures nécessaires aux contacts avec les patients, et les diverses régions devront justifier leurs demandes selon ces critères.

Comme l'on connaît les chiffres relatifs à l'institution pour femmes de Matsqui, que l'on connaît ses dimensions et la capacité de ses bâtiments, un projet d'effectif a été mis au point en vue d'établir un Centre psychiatrique dans cette institution.

sexuels qui ont été condamnés à purger une sentence de détention de durée indéterminée, y compris, dans la mesure du possible, tous les délinquants sexuels purgeant des sentences dans les pénitenciers, en vue d'établir de meilleures méthodes de traitement de ceux qui sont condamnés à la prison pour une durée indéterminée ou déterminée. . . »

(page 126)

CONCLUSION N° 16 (Commission royale) :

« Il y a un besoin urgent de recherche au Canada sur tous les aspects des déviations sexuelles, en vue d'élaborer des moyens de correction et de prévention. »

(page 130)

La Commission royale d'enquête faisait, entre autres, les RECOMMANDATIONS suivantes:

« N° 9 QUE la garde, la surveillance et le traitement de chaque délinquant sexuel purgeant une sentence de détention préventive soient spécialement prévus dans le régime pénitentiaire. »

(page 133)

« N° 15 QUE le gouvernement du Canada, par des subventions spéciales aux universités et autrement, mette sur pied des programmes de recherche en vue de déterminer les causes des anomalies sexuelles et d'améliorer les méthodes de traitement. »

« N° 16 QUE soient établies, de concert avec les tribunaux et les institutions pénitentiaires, des cliniques spéciales, auxquelles une personne déclarée coupable d'une infraction d'ordre sexuel puisse être requise de se présenter à des fins d'étude et de traitement. »

(page 134)

«... En plus d'organiser des cliniques communautaires, il y aurait lieu d'entreprendre une étude scientifique rationnelle des cas de délinquants La Commission royale se prononçait, en 1958, en faveur d'un programme de recherche:

(pages 101 et 102)

Laissons à la profession médicale cet aspect particulier du problème. »
procédés.
moyens connus de traitement, ainsi que la découverte de nouveaux
détention doivent s'ajouter des méthodes précises d'application de tous les
accorde aux prisonniers dont nous nous entretenons. Aux soins de
et une telle attitude exige plus que les simples soins de détention qu'on
attitude positive à l'égard de ce problème est d'une grande importance,
«... En dépit de ces sombres perspectives, nous estimons qu'une
Malgré les faits relatés par les témoins, la Commission royale conclut:

«... Si la psychiatrie a fait des pas de géant au cours des cinquante
dernières années dans le domaine des maladies mentales proprement
dites, il faut aussi reconnaître que les connaissances médicales en ce qui
a trait aux anomalies sexuelles n'ont guère progressé et les méthodes
purement thérapeutiques sont en quelque sorte inexistantes. Cette
situation déplorable s'explique en partie du fait que la science médicale,
pour divers motifs, n'a jamais été libre d'explorer ce domaine, et
surtout du fait trop peu connu qu'il existe certaines maladies que la
science médicale est impuissante à soulager.»

Le docteur Louis Bourgoïn, attaché à l'hôpital Saint-Michel-Archange, à Québec, et également interrogé par la Commission royale d'enquête, a déclaré ce qui suit:

(page 97)

«... A propos de l'examen et du traitement des personnes condamnées
comme psychopathes sexuels criminels, le docteur O'Connor déclara:
Ces malades pourraient être examinés à intervalles précis assez
rapprochés, si des dispositions étaient prises à cet égard. Pour
parler sans ménagements, je ne fais aucun effort pour traiter
qui que ce soit sous le coup d'une telle condamnation au
pénitencier de Kingston, parce que les difficultés propres à la
thérapeutique y sont tellement considérables que j'ai bien
l'impression d'y perdre mon temps. . . Il est inutile de voir ces
personnes une fois par mois; elles ont plutôt besoin d'un
traitement suivi intensif et à long terme qui, dans les
conditions actuelles, n'est pas possible. . . »
Le docteur O'Connor a déclaré, en outre, que les méthodes de
traitement qu'il propose ne peuvent pas être mises en oeuvre dans une
prison. Il a recommandé que soit établi un centre de traitement, distinct
de la prison régulière, et que chaque cas soit soumis au tribunal en vue
de la libération. Sa proposition a reçu l'appui de plusieurs autres
témoins. . . »

(page 97)

Il est le seul psychiatre prévu pour donner les soins psychiatriques
professionnels à une population de huit cents détenus; il y consacre
cinq demi-journées par semaine. La salle de psychiatrie, qui renferme
neuf lits, sert à ceux qui sont gravement malades. . . »

«... Ces prisonniers (détenus condamnés, pour crimes contre les
mœurs, à la détention préventive) semblent être traités de la même
façon que tous les autres. Même si les dispositions du Code criminel
régissant cette catégorie de délinquants prévoient qu'ils recevront un
traitement psychiatrique spécial, il n'existe AUCUNE facilité pour un
semblable traitement. Le docteur M.J. O'Connor, psychiatre attaché au
personnel du pénitencier de Kingston, a insisté, dans son témoignage,
sur l'insuffisance des services psychiatriques de cette institution.

Commission royale d'enquête de 1958 sur la psychopathie sexuelle criminelle,
A propos du manque d'installations spéciales:

**RAPPORT FAUTEUX
ET
RAPPORT DE LA COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LE DROIT PÉNAL
EN MATIÈRE DE PSYCHOPATHIE SEXUELLE CRIMINELLE
EXTRAITS ET RECOMMANDATIONS**

Extraits du rapport Fautoux, de 1956:

«... S'il faut accorder un traitement de réhabilitation à un nombre important de détenus, il faut fournir les moyens de traitement particuliers pour les cas spéciaux: alcooliques, toxicomanes, délinquants contre les moeurs, prisonniers atteints de psychose... Le problème des délinquants contre les moeurs relève d'abord de la science médicale... il est évident que l'on ne découvrira de traitement efficace que si ces délinquants font l'objet d'une étude spéciale. Nous estimons que les délinquants contre les moeurs devraient être séparés des détenus ordinaires de prison et qu'il faudrait intensifier les recherches en vue de trouver une solution à ce problème...»

(pages 50 et 51)

«... Le problème des prisonniers atteints de psychose exige également une étude spéciale... Nous devons néanmoins émettre l'avis qu'aucun régime pénitentiaire, de nos jours, ne peut produire de bons résultats sans un service de psychiatrie beaucoup plus étendu qu'il n'existe aujourd'hui... Encore ici, il s'agit d'un problème d'ordre médical qui exige des locaux, du personnel et des recherches...»

(page 51)

«... Songeant à ces quatre principaux groupes (alcooliques, toxicomanes, délinquants contre les moeurs, prisonniers atteints de psychose), le Comité demande donc de créer dans les prisons des cliniques appropriées ayant les installations et le personnel voulus pour atteindre les buts que nous avons proposés. De telles institutions doivent être pourvues de moyens convenables de sécurité et de protection. Toutefois, elles devraient avoir, autant que possible, l'atmosphère des hôpitaux. Si l'on veut fournir un traitement efficace en de tels cas, il faut que ce soit dans une institution où la règle ordinaire de la prison soit considérablement relâchée, afin qu'un traitement individuel puisse être administré sans nuire d'aucune façon aux exigences de la sécurité...»

(page 51)

Le Comité Fautoux a appuyé les recommandations de la Commission royale de 1938 (rapport Archambault) relatives aux «détenus incorrigibles» mais il a rangé ceux-ci parmi les psychopathes:

«... A l'heure actuelle, ces détenus sont groupés avec les autres prisonniers. Plusieurs d'entre eux constituent des risques sérieux pour les gardes et leur présence parmi tous les autres prisonniers exige des mesures spéciales de protection, ce qui nuit grandement à la mise en oeuvre d'un programme normal de réhabilitation et de réforme. Le rapport Archambault recommandait la fondation d'une institution spéciale pour les «incorrigibles»... Nous ne pouvons jamais trop recommander que des locaux spéciaux et séparés soient mis à la disposition de ces personnes, peut-être dans une seule institution, alors que tous les autres services de l'institution pourraient servir au traitement de ce groupe en particulier...»

(pages 51 et 52)

c) Comparaison entre un Centre psychiatrique (effectif provisoire en Colombie-Britannique) et une institution à sécurité maximale.

TABLEAU C		CENTRE PSYCHIATRIQUE		INSTITUTION A SÉCURITÉ MAXIMALE
Coûts de fonctionnement	Personnel	31.34		Coût moyen pondéré de l'institution à sécurité maximale
	Autres dépenses de fonctionnement	8.45		
		39.79		
				25.00

En considérant le coût journalier du Centre psychiatrique régional, il ne faut pas oublier que ce Centre, en plus de fournir des services psychiatriques dont il existe un besoin urgent, pourrait aussi apporter des avantages supplémentaires:

- a) La dotation en personnel pourra permettre au Service canadien des pénitenciers de dispenser des services psychiatriques professionnels aux détenus de TOUTS les pénitenciers (c.-à-d. pas seulement à ceux transférés au Centre) y compris les malades extérieurs et ceux des services de consultation.
- b) Par le retrait de certains malades de la population du pénitencier, réduction de leur influence désorganisatrice sur la vie de l'institution et amélioration du taux de réussite des programmes de réhabilitation auxquels l'ensemble des détenus est soumis dans les institutions existantes.

- c) Le ministre du Solliciteur général peut ainsi remédier aux inquiétudes souvent exprimées par les membres de la Commission nationale des libérations conditionnelles, à l'unanimité, au sujet de l'insuffisance des services de diagnostic et de traitement du Service canadien des pénitenciers.
- d) Permettre au Service canadien des pénitenciers de former les responsables des nouveaux programmes basés sur le concept des «unités résidentielles».

- e) Permettre au ministre du Solliciteur général de s'engager plus à fond dans la voie de la recherche médicale et correctionnelle en espérant en tirer de plus grands avantages que ce n'est possible, à l'heure actuelle.

Ces avantages supplémentaires ont été discutés avec les économistes consultants (du 20 au 22 janvier 1972), et les économistes sont d'accord pour que de tels facteurs soient inclus dans l'analyse de la rentabilité à laquelle ils sont en train de procéder et qui fera sans doute partie de leur propre rapport au Solliciteur général.

COMPARAISON DES COÛTS DANS DES
ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES CHOISIS

a) Comparaison entre le Centre psychiatrique de la Colombie-Britannique et les Hôpitaux psychiatriques provinciaux de l'Ontario et du Québec.

Le Département des Services financiers du Service canadien des pénitenciers a procédé à une comparaison des coûts entre le Centre psychiatrique régional, deux établissements du Québec, l'institut Clarke, et quatre autres établissements de l'Ontario.

TABLEAU A COÛT PAR JOUR ET PAR PATIENT

Service des pénitenciers	Nord Owen	Est Sound	Goderich	Pinel	ushene	Clarke St-Jean-Inst. de-Dieu	Coûts de fonction-nement Personnel		Autres dépenses de fonc-tionnement	
	47.09	42.64	38.89	38.26	54.21	24.07	40.73	6.36	47.09	25.00
		7.55	5.22	4.94	9.55	3.33	35.09	33.67	33.32	44.66
							20.74			
							49.00	14.26		

Pour différentes raisons, les coûts du Centre de santé mentale de Penetanguishene, de l'institut Clarke et de Saint-Jean-de-Dieu ne sont pas comparables. Saint-Jean-de-Dieu, par exemple, est un hôpital de 3,745 lits traitant des patients médicaux, mentaux et handicapés. Au Centre de santé mentale, le programme embrasse des patients à la fois médicaux et mentaux ainsi qu'une catégorie particulière connue comme malades en résidence. A l'institut Clarke, le programme est encore différent de celui que nous avons prévu. C'est un hôpital de formation pour docteurs et infirmières. Il entretient de vastes opérations de recherche et comporte une section psychiatrique pour enfants. Les données obtenues de ces hôpitaux n'ont pas permis la répartition des coûts par type de programme et la comparaison n'a pas été possible.

Si nous comparons les chiffres précités, il faut noter que \$7.00 sur le coût journalier total affiché par le Centre psychiatrique régional proviennent de la nécessité d'assurer une sécurité convenable. Le seul autre hôpital auquel s'applique cette particularité est l'institut Philippe Pinel.

b) Comparaison entre un Centre psychiatrique (effectif complet, en Colombie-Britannique) et une institution à sécurité maximale.

TABLEAU B		CENTRE PSYCHIATRIQUE		INSTITUTION À SÉCURITÉ MAXIMALE	
Coûts de fonctionnement	Personnel	40.73		Coût moyen pondéré de l'institution à sécurité maximale	
	Autres dépenses de fonctionnement	6.36		25.00	

NOMBRE ET CATÉGORIES DE DÉTENUSS
NÉCESSITANT
DES SOINS ET TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES

Les chiffres suivants furent obtenus en réponse à un questionnaire adressé aux directeurs et aux psychiatres d'institutions, en octobre 1971.

CATÉGORIES	RÉGIONS				
	ATLANTIQUE	QUÉBEC	ONTARIO	PRAIRIES	C.B. TOTAL
Cas aigus	91	85	68	65	149 458
Cas subaigus	36	30	152	23	62 303
Cas chroniques	compris dans les 36 ci-dessus	157	163	32	20 372
TOTAL	127	272	383	120	231 1133

Le total donné sous la rubrique «cas aigus» représente le nombre de ces cas survenus pendant l'année civile 1970. Comme chaque cas, par définition, exige un traitement pour une période de moins de deux mois, le chiffre approximatif du nombre de cas aigus survenant à n'importe quel moment serait de 76. En conséquence, le total général de cas dans les catégories susmentionnées devrait se lire ainsi:

aigus	76
subaigus	303
chroniques	372
Total	751

Ceci représente approximativement 10.2% de la population pénitentiaire au 2 novembre 1971.

On a aussi obtenu des données sur les catégories de détenus pour lesquels des programmes spéciaux pourraient être organisés. Ces catégories comprennent: troubles de la personnalité, délinquants sexuels dangereux, autres délinquants sexuels, alcooliques, toxicomanes, et 1175 détenus furent placés dans ces catégories.

LES CONSULTATIONS DANS LA PROVINCE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Le représentant régional du Comité consultatif de psychiatres consultants a conféré avec les personnes suivantes:

L'honorable Ralph Lofmark,
Ministre de la Santé, province de la Colombie-Britannique.

Le Dr H.W. Bridge, coordinateur de la psychiatrie des adultes,
Services de santé mentale, C.-B.

Le Dr W.V. Goresky, président,
Comité des méthodes de traitement,
Section de psychiatrie, C.-B.

Le chef de police,
Vancouver, C.-B.

L'Officier commandant, Division «E»,
Gendarmerie royale du Canada.

M. S. Rocksborough-Smith,
Directeur des Services de correction.

Les administrateurs du Service des pénitenciers, des psychiatres, des policiers
et tous ceux qui participent au travail de réhabilitation sociale des détenus.

Le Dr W.B. Dorrar,
 Résident, chargé du Département de médecine légale,
 Hôpital psychiatrique Oliver.
 Le Dr A.D. MacPherson,
 Conseil en médecine légale.
 M. B. Barker,
 Professeur de droit, Université de l'Alberta.
 Le juge N.G. Hewitt,
 Cour des relations familiales.
 Mademoiselle Russel,
 Solliciteur à la Cour des relations familiales.

CALGARY :

Le Dr K.I. Pearce,
 Professeur de psychiatrie.
 M. Milton Harradence, avocat.

SASKATCHEWAN :

Le Dr Ian McDonald,
 Chef du Département de psychiatrie,
 Université de la Saskatchewan,
 Saskatoon.
 M. Robert Begg, principal,
 Université de la Saskatchewan
 Saskatoon.
 Les membres du Conseil d'administration,
 Association psychiatrique de la Saskatchewan.
 Le professeur Roger Carter,
 Doyen de la Faculté de droit,
 Université de la Saskatchewan,
 Saskatoon.
 Le Dr Colin M. Smith,
 Directeur exécutif,
 Direction des Services psychiatriques,
 Ministère de la Santé publique,
 Regina.
 M. D.T. Thomson,
 Chef des Services de correction.

LES CONSULTATIONS DANS LES PROVINCES DES PRAIRIES

Le représentant régional au Comité consultatif de psychiatres consultants a conféré avec les personnes suivantes:

WINNIPEG:

Le Dr Harry Prosen,
Chef suppléant du Département de psychiatrie
Collège de médecine, Université du Manitoba.

Le Dr R. Tavenner,
Sous-ministre adjoint,
Santé mentale,
Sous-ministre adjoint, Services correctionnels.

Le Dr E. Johnson,
Directeur des Services de médecine légale.
Le Dr W. Lambert,
Comité de révision.

BRANDON:

Le Dr J.F. Alexander, président,
Association psychiatrique du Manitoba.

Le Dr Tyler,
Département de psychologie, Université de Brandon.

EDMONTON:

Le Dr F. Brent,
Conseiller en médecine légale auprès du Procureur général.
M. S.A. Friedman,
Procureur général adjoint.

Le Dr W.G. Dewhurst,
Chef suppléant du Département de psychiatrie,
Université de l'Alberta.

Dr William Bobey, président,
Association psychiatrique de l'Alberta.

M. B. Rawson,
Sous-ministre, Planification.

M. Casson,
Ministère du Procureur général.

Le Dr F.J. Edwards,
Division des Services de santé mentale.

Le Dr C.P. Hellon,
Conseiller à la santé mentale.

M. F. Oswin,
Directeur des institutions correctionnelles

Le Dr J.D. Earp,
Professeur adjoint, Département de psychiatrie,
Université de l'Alberta.

LES CONSULTATIONS DANS LA PROVINCE DE L'ONTARIO

Le Dr F.C.R. Chalke rencontra les personnes suivantes, à Toronto, en septembre 1971:

Le Dr W. Henderson,
Directeur des Services de santé mentale pour la province de l'Ontario.
Le Dr A. Ives,
Division de la santé mentale,
Ministère provincial de la Santé mentale d'Ontario.

Le Dr E. Turner,
Président du Comité des Services de médecine légale
Association psychiatrique d'Ontario.

Le professeur T. Boag,
Chef du Département de psychiatrie,
Université Queen's, Kingston, représentant M. John Deutsch, Principal de cette université.

Le Dr C.K. McKnight,
Chef du Service de médecine légale,
Institut Clarke, Toronto.

Le 8 novembre 1971, le Dr C.K. McKnight conféra avec
M. L.R. Hackl,
Sous-ministre,
Ministère des Services correctionnels de l'Ontario.

LES CONSULTATIONS AU QUÉBEC

Le représentant régional au Comité consultatif de psychiatres consultants a conféré avec les personnes suivantes:

Le Dr Maurice Gauthier,
 Directeur général des institutions de correction, Ministère de la Justice du Québec.

Le Dr Jacques Brunet,
 Sous-ministre, ministère des Affaires sociales du Québec.

Le Comité exécutif de l'Association psychiatrique du Québec.

M. Claude Forget,
 Sous-ministre adjoint à la Division des finances, Ministère des Affaires sociales du Québec.

M. Roger Larose,
 Vice-recteur de l'Université de Montréal.

Le Dr Pierre Bois,
 Doyen de la Faculté de médecine, Université de Montréal.

Le Dr Gérard Beaudoin,
 Directeur du Département de psychiatrie, Université de Montréal.

Le Dr Pierre Martel,
 Directeur du Département de psychiatrie, Université de Sherbrooke — délégué par le Dr Jean de L. Migneault, Doyen de la Faculté de médecine de l'université de Sherbrooke.

Le Dr Bruno Cormier,
 Directeur de la clinique de médecine légale de l'université McGill — délégué par le Dr Maurice MacGregor, Doyen de la Faculté de médecine de l'université McGill.

Lord Taylor of Harlowe,
Président de l'université Memorial.
M. E. Cummings, administrateur,
Hôpital pour maladies nerveuses et mentales, Saint-Jean (T.-N.)
Le Dr Ian Rusted,
Doyen de la Faculté de médecine, Université Memorial.
M. Victor MacArthur,
Premier avocat au ministère du Procureur général.
ILE-DU-PRINCE-ÉDOUARD :
A cause de la tenue d'une conférence fédérale-provinciale, il ne fut pas possible à
notre représentant régional de visiter l'Île-du-Prince-Édouard. Les données furent
transmises par le Dr Owen Custis, sous-ministre de la Santé.

LES CONSULTATIONS DANS LA RÉGION DE L'ATLANTIQUE

Le représentant régional au Comité consultatif de psychiatres consultants a consulté les personnes suivantes:

NOUVEAU-BRUNSWICK:

Le Dr Richard Short,
Directeur de la santé mentale pour la province du Nouveau-Brunswick.
M. John Warner,
Premier avocat au ministère du Procureur général
Le Dr Robert Gregory,
Ancien administrateur de l'hôpital provincial de Lancaster et psychiatre le plus en relation avec les tribunaux au Nouveau-Brunswick

Le Dr I. Kapkin,
Président de l'Association psychiatrique du Nouveau-Brunswick et successeur du Dr Gregory comme administrateur de l'hôpital provincial de Lancaster.
M. Paul Creaghan,
Ministre de la Santé, Nouveau-Brunswick.

Le Dr P. Michel et le Dr M. Wright,
Psychiatres du pénitencier de Dorchester.
M. U. Bélanger,
Directeur du pénitencier de Dorchester.
Des membres du personnel du pénitencier de Dorchester, y compris le psychiatre de la prison, l'aumônier et des préposés au classement.

NOUVELLE-ÉCOSSE:

Le Dr H. Poulos,
Chef de cliniques à l'hôpital de la Nouvelle-Écosse.
Le Dr R. Townsend,
Administrateur des Services de santé mentale en Nouvelle-Écosse.
M. Innis MacLeod,
Procureur général adjoint.
M. R. Anderson,
Premier avocat au ministère du Procureur général, chargé plus particulièrement des questions criminelles dans ce ministère.
Le Dr Edmund Ryan
et le personnel de l'institution de Springhill.

TERRE-NEUVE:

Le Dr C.A. Pottle,
Directeur de la Santé mentale à Terre-Neuve.
Le Dr Fraser Walsh,
Directeur médical de l'hôpital pour maladies nerveuses et mentales, Saint-Jean (T.-N.)
Le professeur John Hoenig,
Chef du Service de psychiatrie à l'université Memorial.

Selon les décisions qui seront prises et les approbations de principe qui seront données, le Comité pourra entreprendre beaucoup plus de travail. Il pourrait servir de coordinateur national et s'attaquer immédiatement aux tâches suivantes:

- a) Évaluer les projets et les programmes soumis par les Comités régionaux mentionnés ci-dessous, et donner des conseils à ce sujet.
- b) Entamer d'autres discussions avec la Commission nationale des libérations conditionnelles, au sujet des services psychiatriques nécessaires.
- c) Élaborer d'autres techniques d'évaluation en collaboration avec la Division de la recherche du ministère du Solliciteur général.
- d) Examiner et approuver des projets de recherche se rapportant aux services psychiatriques.

Les représentants régionaux au Comité consultatif pourraient agir comme présidents de comités régionaux appropriés qui pourraient préciser les données existantes sur les besoins régionaux, et pousser plus avant leurs consultations avec les organismes régionaux appropriés, au sujet des projets et des programmes.

- ii) les programmes de traitement continu pour les détenus souffrant d'affections mentales chroniques graves qui les empêchent de vivre avec les détenus normaux;
- iii) les programmes thérapeutiques pour les détenus atteints de troubles caractériels, les délinquants sexuels, les alcooliques, les toxicomanes;
- iv) les programmes d'examen clinique;

23. Qu'une approbation de principe soit obtenue aussitôt que possible en vue de mettre au point un Comité de liaison avec l'Université Queen's et de nommer un directeur médical.

24. Que le gouvernement fédéral construisse et fasse fonctionner, à Saskatoon, un Centre psychiatrique fédéral-provincial qui desservirait les trois provinces des Prairies;

25. Que le Centre puisse accueillir 150 malades:

- 86 détenus d'établissements fédéraux
- 64 malades mentaux et détenus d'établissements des trois provinces;

26. Que ce Centre offre les services qui permettront de satisfaire les besoins des programmes suivants:

- i) les programmes de réception et de détention en vue d'examen psychiatriques (pour la Saskatchewan seulement);
- ii) les programmes de traitement des personnes atteintes d'une maladie mentale aiguë ou subaiguë;
- iii) les programmes de traitement continu pour les personnes souffrant d'affections mentales chroniques graves qui les empêchent de vivre avec les détenus normaux ou avec les autres malades des hôpitaux psychiatriques;
- iv) les programmes thérapeutiques pour les malades qui souffrent de troubles caractériels, les délinquants sexuels, les alcooliques, les toxicomanes;
- v) les programmes d'examen clinique;

27. Qu'on approuve en principe la construction de ce Centre aussitôt que possible, en vue de mettre sur pied un Comité de liaison avec l'Université de la Saskatchewan et de nommer un directeur médical.

28. Que l'unité féminine de Matsqui, comprenant l'unité-pilote de traitement et l'hôpital, soit transformée en Centre psychiatrique d'environ 138 lits;

29. Que l'on mette sur pied le Comité de liaison avec l'Université de la Colombie-Britannique, dès que sera donnée l'approbation de principe et qu'on prenne des mesures en vue de la nomination d'un directeur médical;

30. Qu'on fasse les arrangements appropriés, dès que sera donnée l'approbation de principe, en vue de recruter le personnel des unités proposées.

31. Que des mesures soient prises immédiatement pour mettre au point des méthodes d'évaluation de l'efficacité des programmes psychiatriques dans les pénitenciers.

MISE EN OEUVRE

Le rapport soumis au Solliciteur général par le Comité consultatif de psychiatres consultants propose un programme de mise au point des Services psychiatriques dans le Service canadien des pénitenciers, programme qui est fondé sur de nombreuses consultations régionales.

- b) en autorisant l'employé à consacrer sa première année de travail à plein temps au Service médical du Service canadien des pénitenciers à une formation spécialement accréditée.
- Atin de respecter les engagements pris quant au nombre de professionnels nécessaires aux Services psychiatriques, il faudrait mettre ce programme en vigueur le plus tôt possible.
13. Que le personnel psychiatrique et les agents du Service national des libérations conditionnelles élaboreront sans tarder un plan commun et concluent un accord sur les buts à atteindre et les besoins à satisfaire en matière de traitement, afin que les détenus qui sont admissibles à la libération conditionnelle soient remis en liberté en temps utile;
14. Qu'on reconnaisse la nécessité de faire une étude sur les Services psychiatriques qu'il convient d'offrir aux libérés, et que cette étude soit faite immédiatement par le Comité consultatif en collaboration avec la Commission nationale des libérations conditionnelles;
15. Que soient déterminés les besoins en personnel psychiatrique, compte tenu du volume de travail que représente, pour la Commission nationale des libérations conditionnelles, la préparation de comptes rendus psychiatriques, la consultation des Sections de la Commission nationale des libérations conditionnelles et des agents du Service national des libérations conditionnelles ainsi que les fonctions de postobservation.
16. Que le gouvernement fédéral construise un Centre psychiatrique, à Halifax (N.-É.), qui servirait à la fois à la province et au gouvernement fédéral;
17. Que ce Centre puisse accueillir environ 100 malades:
- 60 détenus d'établissements fédéraux
20 détenus d'établissements provinciaux
20 malades mentaux provinciaux;
18. Qu'on étudie la possibilité d'une affiliation à l'Université Dalhousie dans l'intention de nommer sans tarder un directeur médical.
19. Qu'on approuve en principe la construction d'un Centre psychiatrique fédéral de 48 lits, situé aussi près que possible d'un grand centre urbain et universitaire, où seraient soignés les détenus souffrant d'une maladie aiguë et nécessitant des soins psychiatriques immédiats. Ce Centre disposerait aussi d'installations appropriées au soin des malades sur pied.
20. Après s'être assuré que les programmes de traitement de l'Institut Piniel répondent aux besoins des détenus malades et que le tarif journalier demandé par cet institut est compatible avec les tarifs ayant cours ailleurs, le Comité recommande que soient utilisées les installations dudit institut pour les détenus de la région du Québec, autres que les malades mentionnés à la recommandation 19, ci-dessus.
21. Que le Service psychiatrique du Québec soit organisé de façon à permettre une étroite association entre les Services psychiatriques fédéraux et provinciaux dans des établissements qui s'occupent du traitement des maladies mentales et des troubles du comportement, et avec les universités respectives quant à l'élaboration d'un programme conjoint de formation et de recherche en psychiatrie médico-légale.
22. Qu'on approuve en principe la construction d'un Centre psychiatrique de 144 lits dans la région de Kingston, (pour desservir la Région de l'Ontario), afin de répondre aux besoins des programmes suivants:
- i) les programmes de traitement des détenus atteints d'une maladie mentale aiguë ou subaiguë;

- Cela permettrait:
- a) une meilleure liaison professionnelle ainsi qu'une collaboration et une consultation plus étroites,
 - b) de recourir à des pratiques différentes, d'offrir des soins continus durant les diverses phases de la maladie (consultation initiale, traitement des malades hospitalisés et soins posthospitaliers).
 - c) de prendre en charge les malades d'autres établissements durant des congés annuels, des congés de maladie, ou lorsque des membres du personnel s'absenteront pour assister à des réunions médicales.
4. Que des démarches officielles soient faites *le plus tôt possible* auprès des universités auxquelles pourraient être affiliés des Centres psychiatriques régionaux. Il faut bien reconnaître que, de nos jours, une association réelle avec une université exige une entente officielle énonçant les règles fondamentales, un système quelconque de vérification et de rectification en ce qui concerne l'enseignement, les obligations mutuelles, etc. On devrait engager de telles négociations et, si possible, prendre des arrangements, avant la nomination des directeurs médicaux, car c'est là une mesure importante qui influe sur l'élaboration des programmes, la nomination d'employés, etc.
 5. Qu'afin d'attirer et de conserver le personnel professionnel et de faciliter l'affiliation à l'université, le Centre ne devrait pas être situé trop loin des grands Centres urbains ou universitaires;
 6. Que le directeur médical soit nommé aussitôt que possible, de préférence pendant les stades d'organisation et, *dans tous les cas*, au moins un an avant l'ouverture du Centre psychiatrique régional;
 7. Qu'on s'assure avant l'ouverture du Centre psychiatrique régional, qu'on aura le personnel professionnel suffisant et qu'on a mis sur pied des programmes de formation du personnel subalterne.
 8. Que les dépenses de fonctionnement entraînées par les soins psychiatriques dispensés par le Service canadien des pénitenciers soient comparables aux dépenses qu'entraîne normalement la prestation de soins psychiatriques identiques.
 9. Qu'il est essentiel, pour le bon fonctionnement des Centres psychiatriques pénitentiaires, de mettre sur pied des programmes de recherche et de formation et de modifier, en conséquence, les prévisions budgétaires de ces Centres.
 10. Que le personnel spécialisé assiste, chaque année, à une réunion d'un groupement professionnel et à une réunion intéressant particulièrement les psychiatres légistes;
 11. Que soit mis sur pied un programme de congés d'études à intervalles réguliers afin de favoriser le perfectionnement du personnel psychiatrique et d'encourager les spécialistes à choisir une carrière dans le Service;
 12. Que le ministre du Solliciteur général offre une aide financière à des personnes qui ont terminé ou termineront bientôt leur formation de spécialistes pour qu'elles puissent recevoir une formation plus poussée en pénologie et en psychiatrie médico-légale. Ce financement pourrait se faire au moins de deux façons:
 - a) en accordant des bourses de perfectionnement d'un an, après au moins trois ans d'études supérieures en psychiatrie, ou

1. Qu'il y ait cinq Centres psychiatriques régionaux dans le Service canadien des pénitenciers;
2. Que la planification des Centres psychiatriques et la répartition des soins qu'ils offriront varient d'une région à l'autre, compte tenu de la diversité des besoins, ainsi que des programmes et des installations qui existent déjà dans les cinq principales régions du Canada.
3. Qu'un Service psychiatrique unifié soit créé dans chaque région, sous la direction d'un psychiatre régional, qui assignerait au personnel professionnel la gamme des services à assurer, en se basant sur les priorités à respecter.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Le rapport passe en revue les objectifs des Services psychiatriques de tout régime correctionnel et fait l'historique des Services psychiatriques du Service canadien des pénitenciers. Il énonce les conditions nécessaires à la création de Service psychiatriques appropriés au milieu canadien; il examine diverses possibilités et fait de nombreuses recommandations quant à la façon d'améliorer ces services. Enfin, le rapport étudie les problèmes que pose l'évaluation de l'efficacité des Services psychiatriques au point de vue de la rentabilité; cette question fera aussi l'objet d'un rapport complémentaire qui sera déposé par des économistes consultants chargés par le Solliciteur général de collaborer avec le Comité consultatif de psychiatres consultants.

Le Comité consultatif de psychiatres consultants, nommé par le Solliciteur général, a rédigé son rapport grâce aux consultations de ses représentants régionaux auprès des fonctionnaires des gouvernements provinciaux intéressés, des universités et des associations professionnelles de toutes les régions du Canada.

RÉSUMÉ

Pour les motifs précités, le Comité recommande :

(31) Que des mesures soient prises immédiatement pour mettre au point des méthodes d'évaluation de l'efficacité des programmes psychiatriques dans les pénitenciers.

Le Comité recommande de poursuivre avec les conseillers économiques des ministères l'étude de l'efficacité et de la rentabilité de ces programmes quand ils seront mis en œuvre; il faudra aussi continuer à employer les méthodes scientifiques plus traditionnelles d'évaluation des résultats.

Nous nous sommes étendus sur ce sujet plus que notre mandat ne semblait l'exiger, mais nous ne pouvons prévoir d'autres moyens de répondre à la nécessité de faire évaluer nos programmes de façon satisfaisante.

En outre, nous demandons instamment qu'il soit clairement reconnu que le Canada est prêt à soumettre toutes nos entreprises correctionnelles aux plus stricts critères d'évaluation et à donner l'exemple aux autres gouvernements, en faisant part de tous nos résultats à tous ceux que la chose intéresse de plus près.

Un Conseil consultatif bien constitué en matière de recherche correctionnelle, qui relèverait du Solliciteur général, avec des représentants des provinces, et qui serait calqué sur le Comité consultatif de psychiatres pour assurer la direction souhaitée. Les études spécifiques pourraient être entreprises et financées sur place par le Conseil lui-même et aussi en vertu de subventions accordées par contrat aux Centres de recherche.

l'efficacité organisationnelle, mais peuvent indiquer qu'on est au courant des caprices de ceux qui votent les crédits et des réalités politiques».

En général, l'examen des études qui portent sur l'évaluation révèle les lacunes des méthodes, dans la plupart de ces études, comme celles que signale Bailey*.

Un bulletin récent de la Massachusetts Correctional Association traite en détail des problèmes de l'évaluation complète des programmes correctionnels, et ces problèmes vont du manque de crédits jusqu'aux préoccupations du personnel quand l'évaluation se fait:

«... N'importe quelle administration qui s'occupe de redressement a l'obligation de rechercher activement les ressources nécessaires pour assurer l'évaluation systématique et compétente de l'efficacité des programmes...»

et plus loin:

«... La recherche en matière d'évaluation... posera inévitablement des problèmes au personnel administratif, au personnel traitant, au personnel de sécurité et créera des problèmes au personnel de recherche...»**

RECHERCHE

Le Comité consultatif de psychiatres consultants doit insister sur la création d'un Service de recherche complet et compétent, qui aura des relations nécessaires avec le Service des pénitenciers, le Service des libérations conditionnelles et les Services correctionnels des provinces.

Une telle mission ou de telles recherches appliquées en vue d'assurer un contrôle de la qualité des buts de l'entreprise n'est pas un élément insignifiant du coût. Une décision doit être prise quant au pourcentage du coût total du régime fédéral de correction, comprenant à la fois le Service des pénitenciers et le Service des libérations conditionnelles, pourcentage qui serait consacré aux recherches opérationnelles. Les rapports du Comité sénatorial de la politique scientifique suggèrent, pour la recherche et le développement, un coût optimal de 2 à 3% du coût total d'une activité quelconque. Seulement une partie de ce chiffre peut être affectée aux évaluations du contrôle qualitatif parce que des fonds doivent être réservés à des programmes nouveaux faisant eux-mêmes partie du domaine de la recherche et du développement.

Sans un mandat ferme, des ressources suffisantes, un programme unifié entre le Service canadien des pénitenciers et le Service des libérations conditionnelles, ainsi que sans une collaboration suivie entre les Services correctionnels provinciaux, Statistique Canada et la Section des empreintes digitales de la Gendarmerie royale du Canada, il est peu probable qu'un programme correctionnel quelconque, incluant des Services psychiatriques, puisse être évalué d'une façon valable ou que des économies puissent être réalisées.

Ceci ne signifie pas nécessairement que l'on doit mettre au point un grand Service de recherche interne, mais plutôt que l'on doit trouver les moyens de collaborer plus intensément avec les organismes universitaires de recherche qui sont représentés par les Centres de criminologie qui se répandent au Canada tout entier et avec la Société canadienne de criminologie.

* Bailey, W.C., *Correctional Outcome: An Evaluation of 100 Reports*. Jour. of Crim. Law, Criminology and Police Science, Vol. 57, 153, 1966.

** *Correctional Administrator's Guide to the Evaluation of Correctional Programs* dans *Correctional Research Bulletin*, n° 21, 1971, Boston, Mass. U.S.A.

résultats publiés. Aucun autre critère ne peut-être substitué à un examen critique professionnel et indépendant.

En tant que priorité nationale, à moins que le Canada ne se désintéresse et n'attende que les autres pays dépendent leur argent dans ces recherches (au bénéfice éventuel de notre pays), une politique doit être définie quant à nos propres obligations et à la part que nous devons prendre dans cette entreprise internationale. Des avantages opérationnels directs pourraient découler des résultats des recherches sérieuses et le fait de travailler dans un contexte d'évaluation autocritique pourrait aussi nous apporter des avantages sociaux.

(5) L'efficacité la plus difficile à évaluer est celle des programmes destinés au redressement des délinquants de catégories spéciales ou à la modification de leur comportement afin de réduire la récidive, la criminalité, les cas dangereux, ou les comportements que la société juge inacceptables.

Il en ressort, en premier lieu, que les programmes psychiatriques ne peuvent être jugés que dans le contexte de l'évaluation globale de l'ensemble des programmes correctionnels fédéraux et de leurs aspects divers. En d'autres termes, à la question « Est-il efficace? » au sujet d'un programme correctionnel ou thérapeutique précis, la réponse pourrait être « par rapport à quoi? »

Quelques études ont été publiées sur les résultats de programmes particuliers ou d'institutions particulières. Les meilleures d'entre elles et celles qui ont le plus d'esprit de suite proviennent de l'administration correctionnelle de Californie*. D'autres provenant de Clinton**, de Patuxent, de Grendon Underwood*** sont de nature préliminaire et se rapportent souvent à de courtes périodes d'observations subséquentes.

Nous savons malheureusement que la publication, dans la littérature criminologique à grand tirage, des études sur les résultats obtenus par les Centres spéciaux, n'a été autorisée que quand elles appuyaient un programme bien précis. Nous ne croyons pas que les études « négatives » aient pu bénéficier de la même publicité, et toute fausse représentation rend toute estimation objective impossible. Ward**** définit comme suit les répercussions économiques, politiques et sociales de telles études par ces mots:

« En bref, les administrations correctionnelles se trouvent en face d'un conflit intrinsèque entre, d'une part, les pressions exercées pour développer de nouveaux programmes et les appliquer empiriquement et, d'autre part, les exigences de ces mêmes administrations pour remplir le mandat public qu'ils ont reçu d'agir de façon dynamique et efficace dans leur travail de réhabilitation. Ce conflit est à même de fournir une bonne partie de la réponse à la question de savoir pourquoi l'évaluation correctionnelle tient si peu de place dans la pénologie américaine. Les administrateurs correctionnels sont conscients des incidences fiscales et politiques que comporte chaque proposition de recherche qui a trait à l'évaluation des résultats des régimes de correction. Les restrictions imposées au nombre des études en matière d'évaluation ne sont pas dues à un manque d'intérêt envers les études scientifiques sur

-
- * L.I. Kim, et T.L. Clanton *Psychiatric Services Integrated into the California Correction System*, Int. Journal of Off. Ther. 15, 169, 1971.
- ** L. Fink, W.N. Derby et J. Martin *Psychiatry's New Role in Corrections*, American J. Psych. 126, 542, 1969.
- *** H.P. Tallinton, *The Psychological Treatment of Abnormal Offenders*, Prison Services J. 5, 19, 1966.
- **** David Ward, *Evaluations of Correctional Treatment Some implications of Negative Findings*, Proceedings of First National Symposium on Law Enforcement Science and Technology, 1967.

Les directives qu'a reçues le Comité en vue d'étudier les aspects efficacité et rentabilité de divers programmes psychiatriques débouchent sur des questions qui ont, à la fois, une grande portée et une grande importance. Différents critères sont valables pour évaluer l'efficacité des Services psychiatriques dans les nombreux rôles qu'ils sont appelés à jouer.

(1) Du point de vue des conseillers cliniques en matière de services médicaux, de classement, de libération sous condition, l'efficacité se mesurerait à la rapidité, à la portée, à l'intelligibilité, au discernement professionnel et à la pertinence des rapports exigés.

(2) Du point de vue de ceux qui ont à traiter les malades, l'efficacité des programmes de traitement pourrait être estimée seulement par la comparaison des résultats des programmes thérapeutiques appliqués dans différentes conditions reconnues — par exemple, dépressions agitées, états d'anxiété aiguë, délirium, avec les résultats qui sont obtenus par d'autres genres de traitement.

Il existe un nombre croissant de techniques équivalentes pour estimer les qualités comparables des soins; elles comprennent la durée du traitement, la réduction du nombre des symptômes visés, le pourcentage des rechutes, les évaluations psychologiques, les suicides.

Des avantages économiques supplémentaires peuvent être calculés en fonction de la rentabilité, y compris le retour du patient dans la collectivité, qui peut s'effectuer plus tôt. Les économistes contemporains reconnaissent maintenant que les avantages que retire le patient lui-même sont distincts, mais aussi qu'ils sont supérieurs à tous les autres — avantages pour l'administration pénitentiaire, pour les autres personnes et pour la société en général.

L'évaluation de la rentabilité doit considérer non seulement le coût en dollars, mais aussi les avantages dont le patient lui-même est le premier à bénéficier.

(3) Du point de vue des conseillers des préposés au classement et de ceux qui sont chargés des programmes spéciaux pour les infirmes chroniques, l'efficacité peut être mesurée seulement en calculant les économies réalisées en soustrayant aux programmes ordinaires des prisons ceux qui ne sont pas à même d'en bénéficier à cause de leur infirmité. De telles économies pourraient se traduire par :

a) L'amélioration de l'activité et du bien-être général des malades; b) La diminution du coût des programmes ordinaires par suite de la demande réduite de traitements spéciaux, de protection spéciale ou de surveillance individuelle parmi l'ensemble des détenus et par la prévention d'incidents désagréables;

c) L'amélioration du moral et de l'attitude du personnel qui occasionnerait, espérons-le, moins de changement de personnel; d) Une comparaison par réduction des symptômes à l'échelle du comportement.

(4) Du point de vue des préposés aux examens cliniques, essayant d'expliquer et de définir les corrélations bio-psychologiques et d'estimer les facteurs qui contribuent aux changements de comportement, l'efficacité ne peut être mesurée que par des données scientifiques. Aux yeux des scientifiques, l'évaluation repose sur la fiabilité, sur la justesse et sur le mérite des

modifiés. Cependant, aucune modification importante en ce sens n'est envisagée dans un proche avenir.

Trois des présentes propositions sont basées sur le nombre actuel de personnes qui sont dangereusement malades mentalement et qui nécessitent des soins, et ces propositions ne pourront pas être modifiées complètement par des transferts de compétences.

Le projet du Québec envisage sur ce point une fusion maximale des Services fédéraux et provinciaux et le transfert possible des malades graves à d'autres secteurs de compétences si les rôles et les attributions venaient à changer.

Les deux hôpitaux pénitentiaires fédéraux proposés de façon distincte, à savoir celui de la région de Kingston et celui d'Abbotsford, sont recommandés en partie parce qu'il n'y a pas d'installations provinciales satisfaisantes pour soigner ces détenus, et cela même si on en venait à conclure des ententes administratives.

Si un second hôpital à sécurité maximale devenait indispensable en Ontario, en plus de Penetanguishene, il serait très vraisemblablement placé dans la région de Kingston. Ainsi, si on décidait officiellement, dans les années qui viennent, de confier les délinquants malades ou infirmes aux Services provinciaux de santé, l'établissement pourrait alors être transféré sans que soit modifié le besoin d'un tel établissement en Ontario.

De même, en Colombie-Britannique, rien n'indique que les hôpitaux provinciaux actuels pourraient devenir des unités pénitentiaires sûres; et, un jour, si la loi exigeait que soit soigné un nombre supplémentaire de délinquants malades mentaux, sous les auspices de la Province, le transfert de l'établissement fédéral proposé deviendrait alors une solution économique.

Il faudrait tenir compte d'une telle possibilité, car même sans la complexité constitutionnelle qui existe au Canada quant à la répartition des services correctionnels entre les provinces et le gouvernement fédéral, il s'est produit dans des pays où il n'existait qu'une autorité gouvernementale, des transferts d'attributions entre les Services de santé et les Services correctionnels, par exemple, l'hôpital pénitentiaire de Broadmoor.

À titre de cliniciens, les membres du Comité consultatif ne peuvent que vous informer que le nombre total de places nécessaires, dans chaque région pour les soins, les études cliniques, les observations et les traitements, compte tenu de la tendance actuelle de la population pénitentiaire, a été établi en tenant compte de ces divers facteurs.

Le nombre de cas prévus pour les dix prochaines années est fondé sur certaines hypothèses:

- (1) les aliénés et les cas d'invalidité grave seront désignés comme relevant, sur le plan administratif, du Service psychiatrique régional et seront soignés par les Services psychiatriques du Service canadien des pénitenciers;
 - (2) des programmes spéciaux d'examen ou de traitement seront offerts, à titre d'essai, à certains détenus et ne seront pas nécessairement appliqués à tous les détenus ayant des troubles identiques de la personnalité ou ayant commis des délits identiques.
- Cela concerne les personnes souffrant de troubles de la personnalité, les délinquants sexuels, etc.

Trois changements à long terme dans la politique prévue pourraient modifier les hypothèses précédentes, à savoir (Dans le cas des Maritimes et des Prairies, ces changements n'auraient que peu d'effet, puisque la proposition veut que soient fournies des installations sûres où seront soignés tous les malades mentaux dangereux, quelle que soit la juridiction dont ils relèvent):

- a) la décision de transférer, dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux, un plus grand nombre de malades mentaux les moins dangereux pour qu'ils puissent y recevoir des soins à court ou à long terme (même jusqu'à l'expiration de la peine).

- b) des changements dans l'augmentation du nombre de détenus, y compris une proportion de ceux qui auront bénéficié plus tôt d'une libération conditionnelle, et le transfèrement de certaines personnes purgeant actuellement leur peine dans des établissements correctionnels provinciaux. Bien sûr, les recommandations du présent rapport devraient, dans ce cas, être modifiées en conséquence. En outre, les études qui ont été faites dans le contexte du mandat du Comité canadien de la réforme pénale et correctionnelle ne laissent nullement penser que les hôpitaux psychiatriques canadiens verront d'un bon oeil l'emploi, à titre de peine, d'«ordonnances d'hospitalisation» et, en particulier, d'«ordonnances restrictives» quand le malade quitte l'hôpital. D'après Rollin*, le traitement des délinquants dans les hôpitaux psychiatriques aux termes de la loi britannique de 1959 sur l'hygiène mentale, n'a pas eu de très bons résultats. Toute mesure de sécurité, par le changement qu'elle entraîne dans les formes de traitement et dans l'environnement physique, répugne au personnel et est difficile à appliquer.

- c) l'éventualité de conflits qui pourraient surgir en matière de distinctions, présentes et futures, d'ordre constitutionnel, administratif et juridique entre, d'une part, les soins à prodiguer aux détenus qui sont dangereusement malades mentalement et aux personnes dangereuses, et, d'autre part, les besoins de la société elle-même en fait de services cliniques et de «défense sociale» pour que la société puisse fournir à ces groupes des milieux sûrs et thérapeutiques.

Les différentes dispositions proposées doteront tout le Canada d'installations qui pourront être constitutionnellement et administrativement reclassées et modifiées, au cas où la juridiction, les mandats entre les gouvernements fédéral et provinciaux et entre les Services d'hygiène mentale et les Services correctionnels viendraient à être

* H.R. Rollin — *The Mentally Abnormal Offender and Law*. Pergamon Press. Londres, 1969.

(30) Qu'on fasse les arrangements appropriés, dès que sera donnée l'approbation de principe, en vue de recruter le personnel des unités proposées.

(29) Que l'on mette sur pied le Comité de liaison avec l'Université de la Colombie-Britannique, dès que sera donnée l'approbation de principe et qu'on prenne des mesures en vue de la nomination d'un directeur médical;

(28) Que l'unité féminine de Matsqui, comprenant l'unité-pilote de traitement et l'hôpital, soit transformée en Centre psychiatrique d'environ 138 lits;

Pour les motifs précités, le Comité recommande :

sexuels dangereux.

c) les malades nécessitant des programmes spéciaux, comme les personnes souffrant de graves troubles de la personnalité, les toxicomanes, les alcooliques, les délinquants sexuels et les délinquants

b) les retardés mentaux ou les personnes souffrant de troubles organiques chroniques — c'est-à-dire les épileptiques ou les cas dans lesquels des syndromes cérébraux interviennent, ainsi que les schizo-phrènes chroniques qui exigent un traitement continu.

a) les malades atteints d'affections aiguës ou subaiguës.

A cause des besoins du programme pour cette région, il semble tout indiqué d'établir un certain nombre de petites unités psychiatriques souples, conçues à des fins précises et appliquant des programmes fonctionnels à l'intention des catégories suivantes :

Il est assez évident que le rôle de la psychiatrie au pénitencier de la Colombie-Britannique est symbolique. Comme les psychiâtres ne jouissent d'aucune autorité, ils sont considérés par l'administration et par les particuliers comme impuissants. Leur impuissance à apporter des changements ou à introduire de nouveaux programmes de soins dans la structure administrative entraîne un manque de respect à leur endroit, ce qui renforce l'aspect symbolique de leur situation. Si l'on examine les Services de l'établissement de Riverside, établisssment qui fait partie des Services provinciaux d'hygiène mentale et qui compte approximativement 288 malades, on constate de graves lacunes du point de vue des installations, du personnel professionnel et des programmes de traitement.

(E) Région de la Colombie-Britannique:

Comme c'est le cas pour les provinces de l'Atlantique, les problèmes relatifs à la juridiction multiple, à la densité de la population et aux distances à franchir constituent, pour les Prairies, des difficultés particulières.

(27) Qu'on approuve en principe la construction de ce Centre assitôt que possible, en vue de mettre sur pied un Comité de liaison avec l'Université de la Saskatchewan et de nommer un directeur médical.

v) les programmes d'examen clinique;

toxicomanes;

iv) les programmes thérapeutiques pour les malades qui souffrent de troubles caractériels, les délinquants sexuels, les alcooliques, les

psychiâtres;

iii) les programmes de traitement continu pour les personnes souffrant d'affections mentales chroniques graves qui les empêchent de vivre avec les détenus normaux ou avec les autres malades des hôpitaux

les malades non psychotiques, comme les psychopathes agressifs ou les schizoïdes dangereux, et voyaient d'un oeil très favorable la mise sur pied, dans un endroit central, d'un établissement de traitement de ces délinquants.

Selon le chef suppléant de la Faculté de psychiatrie de l'Université du Manitoba, ces installations pourraient également servir à l'enseignement ainsi qu'à la recherche des causes de la criminalité et des meilleures façons de soigner les délinquants qui souffrent de troubles de la personnalité.

L'Association des psychiatres du Manitoba était d'avis que les hôpitaux psychiatriques n'étaient pas en mesure de traiter les malades mentaux du type agressif parce que ceux-ci parviennent à manoeuvrer le personnel et plus particulièrement les autres malades.

L'Alberta

En Alberta, comme au Manitoba, on s'accordait pour dire que les victimes de troubles graves de la personnalité constituaient un gros problème pour les prisons provinciales, que les méthodes de traitement employées étaient insuffisantes et qu'il serait fortement désirable de créer un Service centralisé spécial où l'on pourrait mettre au point des méthodes de traitement pour ce groupe de malades. La Faculté de psychiatrie de l'Université aimerait, si l'on formait un tel Centre, l'inclure dans son programme de formation du personnel résident et aimerait participer aux programmes de recherches.

La Saskatchewan

Les hôpitaux psychiatriques provinciaux de la Saskatchewan éprouvent de grosses difficultés à assurer le degré de surveillance qu'exigent les malades envoyés par les tribunaux ou aux termes d'une ordonnance du lieutenant-gouverneur. Le Service de l'hygiène mentale et les Services correctionnels de la Saskatchewan aimeraient voir adresser au Centre de traitement régional proposé beaucoup, mais non la totalité, des malades détenus dans les établissements correctionnels provinciaux. La province s'est dite disposée à participer au fonctionnement du Centre en y envoyant certains de ses malades. La mise sur pied d'un tel Centre intéresse vivement l'Université de la Saskatchewan, à Saskatoon, et il semblerait qu'elle soit prête à nommer des membres du personnel du Centre de traitement à des postes dans les Facultés pertinentes, à la condition qu'elle ait été consultée sur la nomination des employés en question.

Outre la Faculté de psychiatrie, les Facultés de psychologie, de sociologie, de criminologie et de droit y voient de grandes possibilités de recherche. Un tel Centre pourrait être intégré dans le programme de formation des résidents de la Faculté de psychiatrie.

Pour les motifs précités, le Comité recommande:

(24) Que le gouvernement fédéral construise et fasse fonctionner, à Saskatoon, un Centre psychiatrique fédéral-provincial qui desservirait les trois provinces des Prairies;

(25) Que le Centre puisse accueillir 150 malades:

86 détenus d'établissements fédéraux

64 malades mentaux et détenus d'établissements des trois provinces;

(26) Que ce Centre offre les services qui permettront de satisfaire les besoins des programmes suivants:

- i) les programmes de réception et de détention en vue d'examen psychiatriques (pour la Saskatchewan seulement);
- ii) les programmes de traitement des personnes atteintes d'une maladie mentale aiguë ou subaiguë;

détenus de la région du Québec, autres que les malades mentionnés à la recommandation 19, ci-dessus.

(21) Que le Service psychiatrique du Québec soit organisé de façon à permettre une étroite association entre les Services psychiatriques fédéraux et provinciaux dans des établissements qui s'occupent du traitement des maladies mentales et des troubles du comportement, et avec les universités respectives quant à l'élaboration d'un programme conjoint de formation et de recherche en psychiatrie médico-légale.

(C) Région de l'Ontario:

Selon toutes les personnes consultées, étant donné le nombre de malades, le personnel, la dimension et l'emplacement du Centre, il est préférable, sinon obligatoire, que le Service canadien des pénitenciers s'occupe lui-même des diagnostics psychiatriques et du soin de tous les malades dont il a la charge en Ontario.

Tous les organismes ont reconnu que la plus forte concentration de détenus se trouvant dans la région de Kingston, c'était là l'emplacement le plus logique pour un Centre psychiatrique fédéral. Cette conclusion fut confirmée par la proximité de l'Université Queen's. Selon le représentant de l'université, un tel Centre, si on lui fournit l'aide suffisante qui lui permettrait de dispenser un enseignement de haute qualité et de faire des recherches poussées, pourrait, par une entente appropriée, s'affilier à l'université pour la formation clinique de nombreux étudiants en psychiatrie, en psychologie, en sociologie, en soins infirmiers, en droit, etc.

Le ministère ontarien des Services correctionnels a indiqué que la province avait grand besoin d'installations psychiatriques supplémentaires pour les personnes actuellement détenues dans les maisons de correction de l'Ontario. Les malades les plus susceptibles d'y être soignés seraient ceux qui souffrent de troubles de la personnalité, les déficients mentaux, les personnes atteintes de psychose chronique ou d'autres maladies semblables. La participation de la province prendrait vraisemblablement la forme d'une allocation journalière.

Pour les motifs précités, le Comité recommande:

(22) Qu'on approuve en principe la construction d'un Centre psychiatrique de 144 lits dans la région de Kingston, afin de répondre aux besoins des programmes suivants:

- i) les programmes de traitement des détenus atteints d'une maladie mentale aiguë ou subaiguë;
- ii) les programmes de traitement continu pour les détenus souffrant d'affections mentales chroniques graves qui les empêchent de vivre avec les détenus normaux;
- iii) les programmes thérapeutiques pour les détenus atteints de troubles caractériels, les délinquants sexuels, les alcooliques, les toxicomanes;
- iv) les programmes d'examen clinique.

(23) Qu'une approbation de principe soit obtenue aussitôt que possible en vue de mettre au point un Comité de liaison avec l'Université Queen's et de nommer un directeur médical.

(D) Région des Prairies:

Le Manitoba

Les personnes consultées au Manitoba étaient généralement d'avis que les hôpitaux psychiatriques n'étaient pas équipés pour résoudre les problèmes que posaient

La Nouvelle-Ecosse

Une évaluation prudente, après échange de vues avec les intéressés, indique que la Nouvelle-Ecosse aurait besoin de 15 lits en plus de ceux qu'elle possède déjà au pénitencier de Dorchester.

L'Île-du-Prince-Édouard

Il ressort de notre étude que la province s'intéresse réellement à la création d'un établissement de ce genre et estime qu'il y aurait toujours quatre ou cinq malades hospitalisés.

Terre-Neuve

La province de Terre-Neuve pourrait utiliser deux ou trois lits du Centre psychiatrique proposé, mais elle semble, en outre, disposée à s'occuper de tous les autres genres de malades.

Pour les motifs précités, le Comité recommande:

(16) Que le gouvernement fédéral construise un Centre psychiatrique, à Halifax (N.-É.), qui servirait à la fois à la province et au gouvernement fédéral;

(17) Que ce Centre puisse accueillir environ 100 malades:

60 détenus d'établissements fédéraux

20 détenus d'établissements provinciaux

20 malades mentaux provinciaux;

(18) Qu'on étudie la possibilité d'une affiliation à l'université Dalhousie dans l'intention de nommer sans tarder un directeur médical.

(B) Région du Québec:

La situation au Québec diffère totalement de celle qui se présente dans les autres régions par le fait que l'Institut Philippe Pinel est prêt à accepter un nombre important de nos détenus malades. Le Dr Béliveau a étudié la question avec M. Claude Forget, sous-ministre adjoint, Division des finances du ministère des Affaires sociales; on a mentionné un tarif journalier de \$67. Il a également été proposé que le Service canadien des pénitenciers s'engage à assurer, en tout temps, l'hospitalisation d'au moins 30 de ses détenus à l'Institut Philippe Pinel. En raison des renseignements statistiques fournis par la région du Québec, il est évident que beaucoup plus de malades y seraient hospitalisés et qu'il pourrait même y en avoir 100. On était d'avis que le Service canadien des pénitenciers devrait continuer à traiter les cas aigus et on a recommandé la construction d'un Centre de 48 lits. Les trois universités sont disposées à s'associer à un tel Centre, à la condition, cependant, qu'il satisfasse aux conditions d'affiliation et d'accréditation.

Pour les motifs précités, le Comité recommande:

(19) Qu'on approuve en principe la construction d'un Centre psychiatrique fédéral de 48 lits, situé aussi près que possible d'un grand centre urbain et universitaire, où seraient soignés les détenus souffrant d'une maladie aiguë et nécessitant des soins psychiatriques immédiats. Ce Centre disposerait aussi d'installations appropriées au soin des malades sur pied.

(20) Comme les programmes de traitement de l'Institut Pinel répondent aux besoins des détenus malades et que le tarif journalier demandé par cet institut est compatible avec les tarifs ayant cours ailleurs, le Comité recommande que soient utilisées les installations dudit institut pour les

pénologie et en psychiatrie médico-légale. Ce financement pourrait se faire au moins de deux façons:

- a) en accordant des bourses de perfectionnement d'un an, après au moins trois ans d'études supérieures en psychiatrie, ou
- b) en autorisant l'employé à consacrer sa première année de travail à plein temps au Service médical du Service canadien des pénitenciers à une formation spécialement accréditée.

Afin de respecter les engagements pris quant au nombre de professionnels nécessaires aux Services psychiatriques, il faudrait mettre ce programme en vigueur le plus tôt possible.

(C) En ce qui concerne la Commission nationale des libérations conditionnelles et le Service national des libérations conditionnelles, le Comité consultatif recommande:

- (13) Que le personnel psychiatrique et les agents du Service national des libérations conditionnelles élaborent sans tarder un plan commun et concluent un accord sur les buts à atteindre et les besoins à satisfaire en matière de traitement, afin que les détenus qui sont admissibles à la libération conditionnelle soient remis en liberté en temps utile;

- (14) Qu'on reconnaisse la nécessité de faire une étude sur les Services psychiatriques qu'il convient d'offrir aux libérés, et que cette étude soit faite immédiatement par le Comité consultatif en collaboration avec la Commission nationale des libérations conditionnelles;

- (15) Que soient déterminés les besoins en personnel psychiatrique, compte tenu du volume de travail que représente, pour la Commission nationale des libérations conditionnelles, la préparation de comptes rendus psychiatriques, la consultation des Sections de la Commission nationale des libérations conditionnelles et des agents du Service national des libérations conditionnelles ainsi que les fonctions de postobservation.

IVe Partie – DISCUSSIONS RÉGIONALES ET RECOMMANDATIONS

En décrivant la méthode de travail, au chapitre I du rapport, on a signalé que les membres du Comité représentaient chacun une région du Canada et étaient chargés de consulter les ministères provinciaux, les universités et les associations professionnelles (voir les Appendices 1 à 5 où sont énumérés les organismes consultés).

(A) Région de l'Atlantique:

Le Nouveau-Brunswick

Tous les intéressés ont reconnu qu'Halifax, où se trouve également l'Université Dalhousie, serait l'emplacement logique du Centre. Le personnel du pénitencier de Dorchester a insisté sur la nécessité d'un tel établissement et a souligné que les installations actuelles de traitement des malades mentaux n'étaient satisfaisantes ni pour les malades ni pour le personnel.

Les ministères du Procureur général et de la Santé se sont dits disposés à collaborer à la mise sur pied d'un tel Centre. Leurs besoins se reflètent dans le nombre de lits qu'ils proposent pour le Centre psychiatrique de cette région. Ils ont insisté sur la nécessité de relations très étroites avec les Services de consultations externes, les Centres de soins de jour, etc. du Service provincial d'hygiène mentale.

(3) Qu'un Service psychiatrique unifié soit créé dans chaque région, sous la direction d'un psychiatre régional, qui assignerait au personnel professionnel la gamme des services à assurer, en se basant sur les priorités à respecter. Cela permettrait :

a) une meilleure liaison professionnelle ainsi qu'une collaboration et une consultation plus étroites,

b) de recourir à des pratiques différentes, d'offrir des soins continus durant les diverses phases de la maladie (consultation initiale, traitement des malades hospitalisés et soins posthospitaliers).

c) de prendre en charge les malades d'autres établissements durant des congés annuels, des congés de maladie, ou lorsque des membres du personnel s'absenteront pour assister à des réunions médicales.

(4) Que des démarches officielles soient faites le plus tôt possible auprès des universités auxquelles pourraient être affiliés des Centres psychiatriques régionaux. Il faut bien reconnaître que, de nos jours, une association réelle avec une université exige une entente officielle énonçant les règles fondamentales, un système quelconque de vérification et de rectification en ce qui concerne l'enseignement, les obligations mutuelles, etc. On devrait engager de telles négociations et, si possible, prendre des arrangements, avant la nomination des directeurs médicaux, car c'est là une mesure importante qui influe sur l'élaboration des programmes, la nomination d'employés, etc.

(5) Qu'afin d'attirer et de conserver le personnel professionnel et de faciliter l'affiliation à l'université, le Centre ne devrait pas être situé trop loin des grands Centres urbains ou universitaires;

(6) Que le directeur médical soit nommé aussitôt que possible, de préférence pendant les stades d'organisation et, *dans tous les cas*, au moins un an avant l'ouverture du Centre psychiatrique régional;

(7) Qu'on s'assure, avant l'ouverture d'un Centre psychiatrique régional, qu'on aura le personnel professionnel suffisant et qu'on a mis sur pied des programmes de formation du personnel subalterne.

(8) Que les dépenses de fonctionnement entraînées par les soins psychiatriques dispensés par le Service canadien des pénitenciers soient comparables aux dépenses qu'entraîne normalement la prestation de soins psychiatriques identiques.

(9) Qu'il est essentiel, pour le bon fonctionnement des Centres psychiatriques pénitentiaires, de mettre sur pied des programmes de recherche et de formation et de modifier, en conséquence, les prévisions budgétaires de ces Centres.

(B) En ce qui concerne les besoins en personnel et le perfectionnement des employés, le comité consultatif recommande :

(10) Que le personnel spécialisé assiste, chaque année, à une réunion d'un groupement professionnel et à une réunion intéressant particulièrement les spécialistes du comportement médico-légal;

(11) Que soit mis sur pied un programme de congés d'études à intervalles réguliers afin de favoriser le perfectionnement du personnel professionnel et d'encourager les spécialistes à choisir une carrière dans le Service;

(12) Que le ministre du Solliciteur général offre une aide financière à des personnes qui ont terminé ou termineront bientôt leur formation de spécialistes pour qu'elles puissent recevoir une formation plus poussée en

(6) Personnel: Si l'on veut offrir des Services psychiatriques satisfaisants aux différents groupes de malades reconnus comme nécessitant des soins, mettre à la disposition de tous les établissements régionaux des services de consultations externes, être mieux en mesure de conseiller les administrations, de former les employés et de faire des recherches, il faudra disposer d'un personnel dont la compétence sera comparable à celle du personnel des hôpitaux psychiatriques traitant les cas aigus et offrant leurs services au public.

Le Comité propose, pour les différentes catégories de personnel professionnel et thérapeutique, des rapports malades/personnel conformes à ce qui est indiqué à notre Appendice 9.

Il faut non seulement qu'il y ait suffisamment d'employés, mais aussi que ceux-ci se tiennent au courant des progrès accomplis dans leur domaine, ou qu'ils reçoivent une formation spéciale conforme au travail dont ils sont chargés.

(7) Affiliation à des universités — Selon les comptes rendus présentés par les représentants régionaux au Comité, les universités concernées seraient généralement disposées à entamer des négociations au sujet de leur association aux Centres psychiatriques appropriés. Le Comité consultatif recommande d'établir sans tarder des Comités de liaison qui entreraient en pourparlers avec ces universités. Il faudrait, naturellement, pour arriver à une affiliation complète, que les Centres disposent du personnel et des fonds nécessaires à la recherche et à la formation, et que leurs programmes de traitement soient conformes aux normes des universités.

Les Centres psychiatriques, s'ils étaient affiliés aux universités, offriraient une occasion unique de mettre au point et d'améliorer les soins et les traitements offerts aux personnes dont le Service canadien des pénitenciers et la Commission nationale des libérations conditionnelles ont actuellement la charge. Ce genre de recherches est d'une nécessité urgente, non seulement au Canada, mais aussi sur le plan international. Bien que le Comité ait l'intention de s'employer à déterminer les besoins de recherches, il est évident qu'en plus des problèmes généraux qui se posent à l'échelle internationale, il existe des problèmes spécifiquement canadiens qu'il faudrait étudier, par exemple, les problèmes psychologiques des Indiens et des Métis incarcérés dans nos établissements des Prairies. Rien ne porte à croire que le ministre du Solliciteur général financerait toutes les recherches faites dans ces Centres; par exemple, si on envisageait de faire des études génétiques, on pourrait peut-être obtenir les fonds nécessaires du Conseil des recherches médicales. On estime que plusieurs autres organismes pourraient donner leur appui à certains projets.

IIIe Partie — RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Pour les motifs précités, nous recommandons:

(A) En ce qui concerne les Centres psychiatriques régionaux, d'une façon générale, le Comité consultatif propose:

(1) Qu'il y ait cinq Centres psychiatriques régionaux dans le Service canadien des pénitenciers;

(2) Que la planification des Centres psychiatriques et la répartition des soins qu'ils offriront varient d'une région à l'autre, compte tenu de la diversité des besoins, ainsi que des programmes et des installations qui existent déjà dans les cinq principales régions du Canada.

prévoit le minimum actuel qui est, parfois, à un niveau dangereusement insuffisant.

(3) Une troisième mesure serait la mise sur pied d'un organisme administratif qui se chargerait de la direction médicale des programmes, dont les lignes de communication et les responsabilités seraient clairement définies à tous les niveaux.

(4) La quatrième étape serait l'unification des Services psychiatriques de tous les systèmes correctionnels fédéraux, particulièrement en ce qui concerne le Service canadien des pénitenciers et le Service des libérations conditionnelles; et, au besoin, il faudrait, les rattacher aux Services provinciaux de santé mentale, ceux du Québec et des Prairies.

(5) Au cours de ses premières délibérations, le Comité s'est occupé de l'emplacement, de la dimension, de l'organisation et des relations de l'un des organismes du programme total, à savoir les «Centres psychiatriques». Il est convaincu que de tels Centres seront essentiels pour remplir les fonctions suivantes:

a) celle de Centre de traitement psychiatrique actif à l'intention des personnes atteintes de maladies mentales aiguës ou subaiguës ou souffrant de troubles affectifs;

b) celle de Centre d'observation chargé d'étudier en profondeur les détenus dont le crime provient manifestement de troubles psychologiques et dont la guérison future dépendra de la définition de l'état mental du détenu, de son traitement et du pronostic;

c) celle de Centre de soins pour les malades mentaux chroniques dont le délit se trouve intimement lié à un processus mental faussé. Quelle que soit leur chance d'être un jour libérés, ces détenus doivent quand même pouvoir profiter de tous les soins possibles, du point de vue tant humain que scientifique;

d) celle de Centre de soins et de traitement pour les perturbés affectifs dont le crime, en réalité, est un symptôme de la maladie, avec les éléments secondaires d'ordre criminel que comporte cette maladie. Un tel Centre pourrait diriger ses efforts vers un programme concret de réadaptation en attachant une importance particulière au traitement psychiatrique actif;

e) celle de Centre où l'on pourrait étudier la dynamique du crime et la dynamique de la personnalité, des points de vue de la prévention, de la causalité, du traitement et de la réadaptation;

f) celle de Centre de formation du personnel intéressé au diagnostic, au traitement et aux recherches techniques sur la personnalité antisociale. La formation psychiatrique aux niveaux universitaire et supérieur serait fort utile car elle combine l'étude des subtilités de la loi, l'étude de la médecine et de la sociologie, sujets qui vaudraient aussi pour d'autres disciplines, par exemple, la criminologie, le droit et la psychiatrie.

g) en plus de toutes ces tâches, les Centres contribueraient au perfectionnement des spécialistes, au progrès de la science et au maintien de la qualité des soins dans les domaines de la réception et de la classification, des visites et des soins aux détenus en général, des consultations, des avis, des soins posthospitaliers en collaboration avec le Service national des libérations conditionnelles.

Le Comité s'oppose à la construction en série, sur tout le territoire, d'établissements administrativement identiques, de mêmes dimensions et d'architecture uniforme.

Possibilité 3: Une autre solution serait de mettre au point des programmes de traitement, sous une égide non médicale, à l'intention des malades qui souffrent de troubles psychologiques. Cette solution, souvent désignée sous le nom de «Plan de redressement social», par opposition au «Plan médical», a ses défenseurs. Cependant:

a) Quand on tente d'appliquer cette méthode, il est souvent nécessaire de faire intervenir le psychiatre pour fournir au moins une «protection juridique» sans laquelle, d'après les lois provinciales sur l'exercice de la médecine, le traitement d'une maladie dont le diagnostic est possible serait effectué par des praticiens non autorisés.

b) Même si les obstacles d'ordre juridique étaient surmontés, certains cas devant être diagnostiqués et traités exigent des soins, des techniques et des médicaments que seul un médecin peut administrer. Il en serait ainsi pour tous les cas aigus, subaigus et chroniques et pour un certain pourcentage des cas qui relèvent du programme spécial.

c) Là où l'on a employé cette méthode, il a été constaté que deux systèmes se sont formés, tous deux souffrant d'une collaboration insuffisante et d'une rivalité stérile.

Possibilité 4: On a proposé d'utiliser les Services médicaux fédéraux, comme les hôpitaux du ministère des Affaires des anciens combattants ou du ministère de la Défense nationale pour soigner les prisonniers fédéraux. Bien que cette façon de procéder puisse, dans certains cas, s'avérer utile au soin à court terme de quelques maux physiques, elle n'offre que peu d'intérêt pour ce qui est du soin des détenus malades mentaux et cela, pour les raisons suivantes:

a) Seuls deux hôpitaux du ministère des Affaires des anciens combattants, l'un à London (Ontario) l'autre à Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec), ont des installations psychiatriques de quelque importance; les deux sont éloignés des pénitenciers fédéraux et aucun ne dispose de spécialistes ni des locaux nécessaires au traitement des prisonniers.

b) La politique déjà partiellement mise en oeuvre du ministère des Affaires des anciens combattants, est de confier ses hôpitaux aux provinces, souvent comme hôpitaux universitaires, et de se dégager de toute responsabilité directe quant à leur fonctionnement.

c) Un échange de vues avec les représentants compétents du ministère des Affaires des anciens combattants a fait ressortir que les malades et le personnel de ces hôpitaux, ainsi que les membres de la Légion canadienne, s'opposeraient fortement à toute entente de partage. Tout comme les hôpitaux psychiatriques provinciaux, ils ne sont pas organisés pour prendre en charge les malades mentaux des pénitenciers fédéraux.

IIe partie – PLAN D'ACTION PROPOSÉ

N'ayant trouvé aucune solution satisfaisante qui permettrait de dispenser des soins psychiatriques, le Comité a étudié les mesures qu'on devrait prendre pour en arriver à une solution que pourrait adopter le Service canadien des pénitenciers:

(1) Il faut d'abord un plan d'ensemble, accepté par le gouvernement fédéral; ce plan pourrait fournir les directives générales, les buts à atteindre et assurer l'appui des autorités en faveur des programmes régionaux.

(2) Il serait essentiel que le gouvernement s'engage à améliorer les Services psychiatriques et à fournir à l'administration du Service canadien des pénitenciers des ressources et du personnel plus considérables que ne le

Selon des études répétées*, presque toutes les prisons fédérales, au Canada, ne disposent pas des installations suffisantes qui les mettraient à même de soigner les malades mentaux de façon satisfaisante. Les études récentes des représentants régionaux au Comité consultatif de psychiatres consultants confirment cette lacune et signalent la détérioration progressive des installations actuelles.

1ère partie — POSSIBILITÉS DIVERSES

Avant de se lancer dans une nouvelle construction, il est nécessaire d'examiner les diverses *possibilités* qui ont été suggérées, examinées par le Comité et rejetées pour les raisons exposées ci-dessous:

Possibilité 1 : Le transfert, dans les Services de santé provinciaux, de tous les détenus atteints d'une maladie mentale caractérisée, d'invalidité ou de désordres affectifs. Cette possibilité a été étudiée à plusieurs reprises au cours de ces dernières années et a été jugée inacceptable par presque toutes les provinces, pour plusieurs raisons:

a) Très peu d'hôpitaux accepteraient d'assumer, à quelque degré que ce soit, la surveillance des malades en état de détention et ceux qui ont de petites installations de sûreté sont déjà surpeuplés.

b) Beaucoup de cas n'entrent pas dans les catégories ou les types de maladies traitées actuellement dans les hôpitaux provinciaux.

c) Les détenus pourraient être poussés par les avantages secondaires d'une hospitalisation extérieure à exagérer ou à faire durer leur maladie.

d) Souvent, les détenus seront renvoyés lorsque la maladie aiguë se sera atténuée sans qu'il y ait de services convenables dans le pénitencier pour poursuivre leur guérison ou pour les soumettre aux programmes correctionnels, dans les limites de tolérance de leur état.

Possibilité 2 : La création, dans un emplacement central, d'un grand hôpital psychiatrique pénitentiaire, sous contrôle fédéral, pour soigner les malades mentaux venant de toutes les régions. Cette proposition ne peut être acceptée pour les raisons suivantes:

a) On retrouverait, dans cette solution, tous les problèmes de distance de la localité d'origine, de possibilités de réinstallation et de soins posthospitaliers auxquels on s'est heurté dans une prison de femmes centralisée.

b) Les transferts relatifs aux diagnostics à courts termes seraient difficiles et onéreux.

c) La possibilité de mettre sur pied un Service psychiatrique complet, de haute qualité, bien équipé en personnel pour tous les établissements de la région, se trouverait réduite, si la région ne compte pas tous les spécialistes nécessaires.

d) Les universités intéressées à la formation du personnel et à la recherche, qui travaillent actuellement avec les Centres régionaux, ne seraient en relation qu'avec un seul Centre, dans une seule région.

e) Un hôpital fédéral suffisamment grand irait à l'encontre de la tendance générale à réduire à l'échelle humaine les dimensions des établissements à sécurité maximale.

Certains pays ont mis au point des installations spéciales à l'intention des délinquants dont les infractions sont de nature sociale ou antisociale; ces pays sont reconnus, dans le monde entier, comme des pionniers dans la recherche de solutions à un problème universel. Les plus connus, Herstedvester, au Danemark, Van der Hoeven Klinik, aux Pays-Bas, la Prison psychiatrique de Grendon, au Royaume-Uni, et Patuxent, aux États-Unis, ont organisé leur personnel, leurs installations de recherche et de formation de façon à pouvoir jouer le rôle de pionniers.

D'autres pays, par leurs initiatives d'avant-garde, ont enrichi nos connaissances, et il serait utile que nous, au Canada, nous cherchions, de notre côté, à aller de l'avant. En outre, les tendances culturelles des autres pays sont différents des nôtres, et, par conséquent, il ne nous est pas possible d'adopter d'emblée les méthodes mises au point à l'étranger; nous devons découvrir des méthodes typiquement canadiennes qui soient conformes à notre code pénal, aux genres de délits qui se commettent au Canada et aux caractéristiques socio-culturelles du peuple canadiens.

Depuis 50 ans, presque tous les pays du monde occidental doivent faire face au problème des délinquants mentalement anormaux. On a tâché, de diverses façons, de résoudre la question, mais aucune des solutions envisagées ne s'est avérée réellement efficace. Le Canada semble être unique avec son système correctionnel partagé arbitrairement entre les gouvernements fédéral et provinciaux, selon la sévérité de la sentence. Pour leur part, les États-Unis ont deux systèmes correctionnels parallèles, le système fédéral et le système des États, selon la nature du crime.

En 1957, les Nations unies ont fait enquête dans la plupart des pays d'Europe occidentale en vue de déterminer les mécanismes juridiques qui régissaient la détention et le traitement des personnes dont la maladie mentale a été décelée durant leur incarcération*. Les lois et les procédures apparaissent remarquablement semblables, mais on ne sait que très peu de chose sur les installations et les moyens employés dans beaucoup de ces pays.

Les réponses sont tout aussi variées, quand l'on cherche à savoir si le système pénitentiaire national, en coopération avec les Services de santé, compte ou ne compte pas d'installation de traitement. Quelques «hôpitaux pénitentiaires» comme Broadmoor au Royaume-Uni ont été partagés entre le ministère de l'Intérieur et le ministère de la Santé, même si les Services de santé et les Services correctionnels relèvent tous deux de ministères nationaux.

Aux États-Unis, la solution la plus généralement adoptée est le transfert des délinquants malades mentaux des établissements correctionnels de l'État aux hôpitaux psychiatriques gérés par l'État.** Dans la plupart des cas, les hôpitaux psychiatriques mettaient et mettent encore les sections de sûreté à la disposition des détenus de l'État et accueillent également les personnes inaptes à subir un procès, ou non coupables à cause de folie. Parfois, les Services correctionnels de l'État gèrent leur propre hôpital psychiatrique; le système pénitentiaire fédéral possède lui, bien entendu, plusieurs hôpitaux de ce type.

La gamme des services offerts par ces hôpitaux correctionnels, leur personnel, le nombre de malades par employé ainsi que leurs objectifs varient beaucoup et il n'existe aucun renseignement qui permettrait de les évaluer, sauf le fait que tous se plaignent d'une pénurie de spécialistes soit parce qu'il n'y en a pas, soit parce que les restrictions budgétaires rendent l'embauche difficile.

Quelques-uns des principaux hôpitaux correctionnels des États-Unis qui nous ont fourni de précieuses informations sur les types de malades mentaux, leurs caractéristiques et leur réaction aux programmes de traitement sont les hôpitaux pénitentiaires des États-Unis, à Leavenworth et à Springfield, le Centre de psychiatrie correctionnelle du Michigan, à Jackson, la prison Clinton, à New York, et le Centre médical de Californie, à Vacaville.***

Chaque État semble avoir rencontré tous les cas connus dans nos pénitenciers et a élaboré des solutions de compromis, dont aucune ne s'est avérée parfaite.

* Revue internationale de politique criminelle -- n° 12, juillet 1957, p. 3 Publications des Nations Unies 58, IV, 1.
 ** *The Mentally Ill Offender — Étude des programmes de traitement*, Schiedeman P.L. et Kanno C.K. The Joint Information Service, APA, NAMA, Washington (D.C.) 1969.
 *** *The Mentally Abnormal Offender*, Ciba Foundation Symposium, Londres 1967.

après la fin de la phase aiguë. Le traitement actif doit, par conséquent, continuer au-delà de la période de deux mois, souvent accompagné de soins infirmiers spécialisés. Dans quelques cas hors pénitencier, ces malades peuvent être traités dans des centres de soins de jour ou en consultation externe pourvu qu'on leur trouve un mode de vie sans contraintes. Au pénitencier, cependant, il est souhaitable, du point de vue médical, que le traitement soit dispensé jusqu'à ce que le malade ait atteint le meilleur état de santé possible dans l'environnement contrôlé du Centre hospitalier. (Au Canada, cela représente, à n'importe quel moment donné, environ 303 malades).

C. *Les malades chroniques* — Ce groupe exige des soins psychiatriques ininterrompus et peut comprendre, par exemple, des cas de délaiements organiques dus à des lésions cérébrales, des schizophrènes chroniques, quelques épileptiques et quelques arriérés mentaux. Ces malades ne peuvent vivre la vie normale de la prison car ils causent de sérieux problèmes administratifs; à la fois, les malades et les détenus souffrent de leur inclusion parmi les détenus normaux et ils constituent, fondamentalement, un problème médical. On considère que la prise en charge des sujets atteints de maladies chroniques constitue un objectif valable pour les Centres psychiatriques. Même si quelques psychotiques ne peuvent réagir aux méthodes de traitement connues, les bénéficiaires s'étendront au reste de la population carcérale car on aura amélioré le milieu en éliminant les cas de psychiatrie chroniques. On estime que la création d'établissements spéciaux pour le traitement de tels malades chroniques est justifiable. (Au Canada, quelque 370 détenus ont été classés dans cette catégorie).

D. *Groupe nécessitant l'application des programmes spéciaux*. — Malades souffrant de désordres de la personnalité, toxicomanes et alcooliques, délinquants sexuels et délinquants sexuels dangereux.

Un certain pourcentage des cas de cette catégorie souffrent de maladies telles que dépression larvée et schizophrénie latente dans lesquelles le crime est relié, dans une forte mesure, à la maladie sous-jacente. L'opinion clinique veut que les malades de ce groupe réagissent favorablement au traitement et que ce traitement pourrait permettre de les libérer de la prison plus tôt. De plus, selon l'opinion clinique, beaucoup ont été classés, à tort, délinquants sexuels dangereux, et de vastes retraiages et réévaluations pourraient avoir pour résultat un reclassement et peut-être une libération anticipée. Il faut, cependant, spécifier que, bien qu'il y ait des programmes de traitement qui pourraient être destinés aux autres détenus de ces catégories, une étude de la documentation n'a pas permis de trouver de rapports de postobservation appropriés qui nous mettraient à même d'évaluer, de façon satisfaisante, le résultat d'un tel traitement. Il est donc essentiel d'insérer dans tout programme proposé un mécanisme qui permettrait de l'évaluer. (Alors qu'on ne peut fournir actuellement aucune estimation précise du nombre de détenus faisant partie de ce groupe, on a avancé le chiffre de 1,000, et rien ne porte à croire qu'on puisse fournir les installations nécessaires au traitement d'un si grand nombre de malades).

Cela ne veut aucunement dire que le psychiatre est nécessairement maître de tout le diagnostic, ses compétences d'observation dans une main, l'éventail de ses compétences thérapeutiques dans l'autre. La sagesse classique tend à lui confier l'administration d'un milieu thérapeutique, mais cette tâche devrait être nettement distincte de son rôle d'analyste descriptif cliniquement compétent et rompu aux méthodes scientifiques cherchant à expliquer et à modifier le comportement humain anormal.

Au-delà de la responsabilité du psychiatre, à titre de conseiller du service médical de la prison, en ce qui concerne les soins médicaux, on a cherché à savoir « pourquoi la présence d'un psychiatre est-elle nécessaire dans certains des programmes correctionnels les plus généraux ou les plus particuliers? » Parce que le psychiatre possède à la fois le savoir scientifique fondamental et l'habileté clinique, et parce qu'il doit assumer les mêmes responsabilités et se soumettre aux mêmes impératifs éthiques que le médecin. Son savoir embrasse les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de l'homme dans son milieu et les interrelations qui s'établissent entre ces aspects. Seul le psychiatre a un pouvoir de guérison basé sur une compétence réunissant toutes ces sciences.

À ce stade, il ne peut y avoir que peu de faits connus qui permettent de discerner nettement une valeur thérapeutique dans les châtements, par exemple, une dépression larvée est un facteur dans certains homicides. Les facteurs saillants à un niveau biologique étiologiquement apparenté à la violence*, les effets d'agents chimiques sur le comportement**, les aspects multifactoriels contribuant à un comportement anormal, les nécessités de compétences cliniques pour découvrir des éléments d'observation font du psychiatre et du neuro-psychologue des collaborateurs unis pour l'étude des problèmes de psychopathologie. Ainsi, les psychiatres et les neuro-psychologues sont les seuls enquêteurs cliniques capables de relier entre elles les connaissances des différentes sciences du comportement, depuis le niveau de complexité de la molécule jusqu'à ceux que donne la culture, et les rattacher aux comportements, attitudes et motifs spécifiques.

IV) BUTS POURVIVIS EN TERMES DE MALADES NÉCESSITANT DES SOINS:

Dans les pénitenciers du Canada, un certain nombre de détenus souffrent de diverses maladies mentales; pour certains, il s'agit d'une invalidité à vie, pour d'autres, d'une maladie qui existait à leur arrivée ou d'une maladie qui est apparue durant leur incarcération (4% des détenus des prisons fédérales des États-Unis ont une première attaque de psychose durant leur détention).

Le nombre total de malades dans les pénitenciers canadiens atteints, à un moment donné, d'une maladie mentale diagnostiquée était d'environ 750. Ce chiffre donne une estimation du nombre et des catégories intéressées, en octobre 1971, et ne comprend pas le groupe du programme spécial (voir paragraphe D ci-dessous).

A. Les cas aigus — Dépressions graves, psychoses, attaques de panique, états de confusion mentale ou réactions aux toxiques réclamant un diagnostic médical et une hospitalisation sous direction médicale. Normalement, ce groupe de malades ne demeurerait pas plus de deux mois à l'hôpital, à chaque attaque.

Ces personnes, nettement malades, ne peuvent être soignées de façon appropriée que dans un établissement médical et bénéficient les premières des services psychiatriques disponibles. (Au Canada, cela représente, à n'importe quel moment donné, environ 76 malades).

B. Les cas subaigus — Les cas de ce groupe font partie des mêmes catégories de diagnostic que ceux du groupe A, mais leur maladie persiste sous une forme traitable

* *Violence and Brain*, Mark et Evan, New York, Evanstar, et Londres, Harper and Row.
 ** *The Physiology of Aggression and Defeat*, B.E. Eleftherion et J.B. Scott, Plenum Publishing Co., N.Y.

programmes de réadaptation dans les établissements et aussi en tout ce qui a trait à la santé mentale des détenus.

Peu de gens mettront en doute l'importance du psychiatre dans l'accomplissement des cinq premières tâches ci-dessus, ou dans l'administration de traitements et de soins pour les détenus mentalement malades à leur arrivée ou qui le deviennent durant leur incarcération. [Ces catégories sont définies en détail en IV : *Buts poursuivis en termes de malades nécessitant des soins.*]

Cependant, pour de nombreuses raisons, comme le fait observer Satten*, le rôle du psychiatre dans les Services correctionnels n'est pas entièrement reconnu :

«Qu'est-ce que le psychiatre apporte sur la scène correctionnelle? D'abord et avant tout, il apporte la tradition apaisante du médecin qui, dans ses meilleurs instants, a transcendé les frontières nationales et les préjugés sociaux, ce qui est particulièrement important dans le traitement des rebuts de la société. Il apporte aussi, comme on l'a déjà dit, le savoir-faire administratif qui permet de faire fonctionner un établissement de traitement dont le succès dépend de la formation permanente d'un personnel relativement peu entraîné. Finalement, il apporte un savoir hautement technique de ce qui fait qu'une personne pense, sent et agit comme elle le fait, et l'aptitude de travailler avec des spécialistes hautement qualifiés dans d'autres disciplines, en mettant au point, grâce au savoir de ces spécialistes, un programme de traitement efficace. Même si les membres de l'équipe peuvent apprendre, sinon toutes, du moins la plupart des méthodes de traitement, il importe avant tout de donner au malade le traitement «approprié».

Dans un sens large, c'est ce que l'on pourrait appeler un diagnostic. Savoir porter un diagnostic, intégrer la somme des découvertes de tous les spécialistes sur le comportement d'une personne donnée et faire les recommandations appropriées au traitement ultérieur constitue le rôle auquel les psychiatres sont aujourd'hui initiés et c'est aussi un contre, beaucoup de disciplines apprennent à des personnes à administrer des soins et celles-ci ont prouvé qu'elles peuvent très bien remplir leur tâche quand les malades ou les clients appropriés leur sont confiés. Par exemple, beaucoup de psychologues cliniques et de travailleurs sociaux spécialisés en psychiatrie font de la psychothérapie, beaucoup de prêtres donnent des conseils, beaucoup d'infirmières et d'ergothérapeutes étendent leurs rôles bien au-delà de leur formation originale.

À cet égard, cependant, on ne peut définir en détail les multiples rôles du psychiatre, autrement qu'en disant qu'ils se rattachent à son savoir spécial et à son habileté spéciale. Son rôle exact variera selon les différents établissements correctionnels, comme il varie d'un hôpital psychiatrique à l'autre, ou même à l'intérieur d'un même hôpital. Au sens large, le rôle du psychiatre est de communiquer son savoir spécial au personnel qui oeuvre dans l'établissement.

Les dispositions administratives exactes qui permettront une telle contribution pourront varier considérablement d'un endroit à un autre, et psychiatre est disponible et combien de temps peut-il consacrer au travail correctionnel? Par contre, si le concept de réadaptation est vraiment accepté, les Services psychiatriques seront considérés comme essentiels et on trouvera des moyens d'employer efficacement le psychiatre. Qu'il fasse fonction de conseiller, de membre du personnel, de directeur des services cliniques, ou même de directeur de l'établissement, ce qui importe d'abord, c'est que le système correctionnel essaie réellement d'utiliser son savoir et ses compétences.»

(*) J. Satten, *The Psychiatrist's Function in the Correctional Setting*, Prison Journal V. 44, page 13, 1964.

- (10) Offrir des conseils aux administrateurs des établissements pénitentiaires sur l'aspect «santé mentale» des pratiques médicales, méthodes et programmes, en vue de réduire les maladies psychiatriques qui peuvent être évitées, en diminuant les tensions causées par l'isolement, les menaces physiques et l'état de dépendance;
- (11) Donner des conseils psychiatriques au personnel sur les problèmes émotionnels soulevés par les relations entre personnel et pensionnaires, par les conditions de travail et la modification des programmes. Des consultations psychiatriques peuvent particulièrement aider à résoudre des difficultés qu'engendrent inévitablement les nouvelles méthodes comme celles des unités résidentielles;
- (12) Donner des consultations et présenter des rapports au sujet de la prélibération et de la libération conditionnelle, au personnel du Service des libérations conditionnelles et aux agences d'assistance postpénale qui s'occupent des besoins psychologiques et des problèmes qu'auront les détenus mentalement diminués après leur libération ou leur mise en liberté sous conditions;

Les Services de formation:

- (13) Assurer la formation sur place du personnel de surveillance et de correction, quant aux questions relevant des spécialistes du Service psychiatrique, c'est-à-dire, lui apprendre à détecter les risques de suicide, à maîtriser un détenu impulsif ou violent et à reconnaître les symptômes avant-coureurs d'une crise;
- (14) Mettre au point des programmes appropriés de formation à l'intention d'universités et d'autres maisons d'enseignement, en ce qui concerne la psychiatrie appliquée au domaine correctionnel, pour les psychiatres résidents, les infirmières, les psychologues cliniques et les thérapeutes.

Les Services de recherche:

- (15) Faire des recherches sur la criminologie psychiatrique, sur la pénologie des délinquants anormaux, la méthodologie, etc.

III) RÔLE ET FONCTION DE L'ÉQUIPE PSYCHIATRIQUE:

Le psychiatre et ses assistants professionnels doivent, dans un milieu correctionnel:

- (1) faire fonction d'experts-conseils, en matière de diagnostic et de traitement, auprès des Services médicaux des pénitenciers;
- (2) fournir les soins médicaux nécessaires aux malades mentaux identifiés parmi les détenus, soit au cours de visites ou, quand c'est possible, dans les infirmeries appropriées;
- (3) organiser des transferts médicalement nécessaires vers des hôpitaux extérieurs, et entretenir, avant et après le traitement, des relations professionnelles suffisantes avec le psychiatre traitant;
- (4) conseiller les agents de classification au sujet du diagnostic, des restrictions dues à des débilités mentales et des pronostics relatifs aux attributions et programmes de l'établissement;
- (5) aider au développement et à la mise en oeuvre des programmes pour le maniement des diminués mentaux pendant qu'ils purgent leur peine;
- (6) faire fonction de conseillers auprès des directeurs régionaux ou des directeurs d'établissements en ce qui concerne la mise au point de

Les objectifs des Services psychiatriques
correctionnels

Les objectifs d'un Service psychiatrique dans un système correctionnel ont été définis, à divers niveaux, de plusieurs façons.

- I) Comme faisant partie des services médicaux généraux avec tous les objectifs et responsabilités, quels qu'ils soient, qui sont assignés à ce Service.
- II) Selon les objectifs à atteindre.
- III) Selon les rôles de l'équipe professionnelle.
- IV) Selon les malades exigeant des soins.

I) LES SERVICES PSYCHIATRIQUES EN TANT QUE SPÉCIALISATION DES
SERVICES MÉDICAUX

Les Services psychiatriques fonctionnent, d'un certain point de vue, comme une partie des Services médicaux généraux et doivent se conformer, en tant que cette partie, aux buts et objectifs du Service médical.

L'expérience a cependant démontré qu'il est difficile et inutilement contraignant de limiter les Services psychiatriques à fonctionner uniquement comme une spécialité à l'intérieur d'un Service médical dans un établissement correctionnel, comme l'illustrent les fonctions proposées ci-dessous.

II) LES OBJECTIFS D'UN SERVICE PSYCHIATRIQUE À L'INTÉRIEUR D'UN
SYSTÈME CORRECTIONNEL DEVRAIENT COMPRENDRE:

Les Services cliniques

- (1) Fournir des services pour le diagnostic des maladies mentales;
- (2) Mettre sur pied les installations nécessaires au soin et au traitement psychiatrique de malades atteints d'affections aiguës et graves;
- (3) Fournir, dans la mesure du possible, des soins et traitements psychiatriques aux malades atteints d'affections aiguës et graves;
- (4) Évaluer et superviser des programmes destinés à ceux qui souffrent d'infirmités mentales;
- (5) Assurer des services psychiatriques thérapeutiques (médicaments, thérapie du comportement, psychothérapie) aux malades sur pied qui souffrent d'une maladie bénigne ou de gravité modérée;
- (6) Présenter des rapports et des recommandations psychiatriques quand cela est nécessaire pour le classement, pour l'assignation de programmes, les absences temporaires, libérations conditionnelles, etc.;
- (7) Offrir des soins psychiatriques à ceux qui ne sont pas manifestement cliniquement malades, mais dont le délit ou les délits relèvent d'une psychopathologie sous-jacente, par exemple, dépression larvée, schizophrénie latente ou désordres de la personnalité;
- (8) Offrir des soins médico-psychologiques, à titre d'essai, à ceux dont les délits semblent provenir de désordres du comportement ou s'y rapporter, par exemple, les incendiaires, les incestueux, les toxicomanes;
- (9) Assurer un traitement médical posthospitalier ininterrompu aux libérés conditionnels et aux personnes dont s'occupent les agences bénévoles d'assistance postpénale;

Ce retour sur le passé, qui fait état de la façon dont le gouvernement fédéral s'est intéressé au sort des aliénés, se termine par la note la plus prometteuse des 150 dernières années: en 1971, l'honorable Jean-Pierre Goyer, ministre responsable des Services correctionnels fédéraux, nomme un Comité consultatif de psychiatres consultants pour le conseiller sur le traitement des détenus aliénés.

Les rapports plus élaborés des années suivantes reviennent sur le même état de choses:

«... On ne peut pas fournir de Services psychiatriques dans la mesure voulue pour faire face aux besoins des détenus. Il y a insuffisance de personnel et d'espace... Les services psychiatriques sont pourtant nécessaires puisque 45% de la population carcérale a recours à un psychiatre, que ce soit volontairement ou non... La nécessité de Centres psychiatriques au sein du système pénal, pourvus des installations propres à donner une réhabilitation et, un traitement adéquats, n'est plus à démontrer, si l'on tient compte du fait que dans l'un des pénitenciers, un détenu sur neuf a déjà séjourné dans un hôpital psychiatrique. Une aggravation future de l'état mental de ces détenus est toujours possible, surtout s'ils sont obligés de supporter les contraintes inhérentes à l'incarcération. Il est urgent de développer les sections psychiatriques car les besoins ne feront qu'augmenter avec le temps.»

Rapport annuel du commissaire des pénitenciers, 1966, p. 29.

11. *Le Rapport Ouimet*. La décennie qui va de 1960 à 1970 est marquée aussi par une étude du Comité canadien de la réforme pénale et correctionnelle, étude qui est connue sous le titre de Rapport Ouimet, du nom de son président, et qui fut publiée en 1969. Deux des chapitres de ce rapport ne traitent que des Services psychiatriques. Le chapitre 12 est consacré surtout au côté médico-légal des cas de personnes souffrant de troubles psychiatriques qui ont à faire face à des accusations d'ordre criminel; il porte sur les services de psychiatrie auprès des tribunaux. Néanmoins, le chapitre considère aussi les problèmes de la détention de personnes qui souffrent de troubles psychiatriques, qu'elles soient dans un établissement correctionnel ou dans un hôpital psychiatrique. Le Rapport Ouimet, insiste, dans ses principes généraux et dans ses recommandations en tant que telles, sur le fait que des établissements psychiatriques de conception nouvelle et grandement améliorée seront nécessaires dans une «société juste», si cette société veut s'acquitter de ses devoirs envers ses délinquants handicapés.

Le chapitre 13 du rapport Ouimet traite du problème des délinquants dangereux et essaie de trouver une solution à la pratique actuelle qui laisse à désirer, en suggérant que la loi donne une nouvelle définition du délinquant dangereux; le Comité propose également que la cour demande une évaluation clinique du degré de danger que présentent de tels délinquants. Il est évident que les établissements psychiatriques actuels, au Canada, ne peuvent faire face à la tâche éventuelle que leur assigne le rapport, et qu'il serait nécessaire d'ouvrir de nouveaux Centres de diagnostic si le gouvernement fédéral décide de suivre les recommandations de la Commission Ouimet qui ont trait aux délinquants dangereux.

12. *Ces dernières années*. Avec l'année 1970 commence une nouvelle page de l'histoire de l'administration pénitentiaire car le rapport annuel rédigé, depuis quelques années, par le Solliciteur général, renferme le paragraphe suivant:

«... Les demandes et besoins de soins psychiatriques demeurent élevés et les divers psychiatres qui sont à l'oeuvre dans les pénitenciers sont surchargés de demandes de plus en plus nombreuses de rapports et d'évaluations psychiatriques, de soins psychothérapeutiques et d'autres formes de traitement.

La construction de Centres médicaux régionaux semble offrir une solution possible à ce problème et permettrait peut-être de traiter un plus grand nombre de patients grâce à une plus grande variété de soins. On estime également que si l'on met à la disposition des psychiatres des installations plus modernes, le nombre de ces derniers qui s'intéresseront à ce domaine de la psychiatrie sera peut-être plus considérable. »

Rapport annuel du Solliciteur général, 1969-1970, p. 58.

8. *De 1946 à 1960.* Après la guerre, le major général Ralph Gibson est nommé commissaire des pénitenciers, en 1946, et ses 14 années à ce poste voient la naissance et l'expansion spontanée de Services psychiatriques au sein du Service des pénitenciers.

L'établissement psychiatrique central, comprenant une petite section psychiatrique (avec 9 cellules) ouvre, en 1948, au pénitencier de Kingston. Il connaît vite les problèmes traditionnels de la surpopulation et, au cours de la décennie suivante, l'établissement comptait 42 lits en tout. C'est avec la nomination du premier psychiâtre à plein temps, en 1959, que la section psychiatrique de Kingston fut relogée là où elle se trouve actuellement. Le pénitencier de Saint-Vincent-de-Paul s'attache un psychiâtre à temps partiel, en 1956, et une nouvelle section psychiatrique ouvre, en 1959. Dans d'autres régions, les pénitenciers à sécurité maximale s'assurent également la coopération de psychiâtres à temps partiel.

Les rapports annuels de 1950 à 1960 nous donnent force détails sur le développement des Services psychiatriques, les méthodes de traitement employées et sur la valeur comparée des différentes méthodes et techniques. Et il est évident, d'après la rubrique des Services psychiatriques, que les médecins locaux avaient tout loisir de faire état de leurs réalisations et des limites qu'il leur étaient imposées par les conditions qui régnaient dans les pénitenciers.

9. *Le Rapport Fautoux et la Commission royale d'enquête en matière de psychopathie sexuelle:*

Cette période marquante se distingue ainsi par la publication de deux importants rapports de Commissions d'enquête: le Rapport Fautoux, en 1956, et le rapport de la Commission royale d'enquête sur les psychopathes sexuels, en 1958. Les deux rapports insistent sur la nécessité d'établissements spéciaux réservés aux soins et traitements de catégories spéciales de délinquants, à savoir, les psychopathes, les criminels sexuels, les toxicomanes et les alcooliques. La Commission royale fit remarquer, en particulier, que le gouvernement fédéral ne prévoit aucun traitement spécial pour les criminels sexuels psychopathes, bien que la modification du Code criminel introduisant la détention préventive pour ces criminels comporte nettement l'idée de fournir à ces prisonniers un traitement curatif. On trouvera les principales recommandations de ces deux rapports à l'Appendice 8.

10. *De 1960 à 1970.* Le Service des pénitenciers est réorganisé durant le mandat du commissaire Allen MacLeod, à la suite d'une étude de deux ans effectuée par le Comité de planification correctionnelle, dont le rapport n'a jamais été rendu public. L'année 1963 voit la mise au point d'un Plan décennal en matière de construction de nouveaux établissements pénitentiaires et l'une des caractéristiques de ce Plan porte sur la construction de Centres médicaux régionaux pourvus d'une aile psychiatrique. Cette partie du Plan, toutefois, n'a pas encore été mise à exécution.

Nous notons également une modification dans la rédaction des rapports annuels: ce n'est plus le directeur de chacun des établissements pénitentiaires qui fait un rapport (qui comprenait un compte rendu de l'activité des médecins au sein de l'établissement), mais c'est le directeur de chaque Division, à Ottawa, qui rédige un chapitre sur le fonctionnement général de sa Division au sein du Service des pénitenciers. Ainsi, les observations relatives aux Services psychiatriques se bornent, pour 1962 et 1963, à 3 ou 4 lignes, se concentrant sur des questions devenues familières:

«Le nombre de psychiâtres et de psychologues disponibles dans nos établissements est insuffisant. C'est peut-être dû à une pénurie, à l'échelon national, de personnel compétent dans l'une et l'autre de ces spécialités, qui peuvent jouer un rôle important dans le redressement d'un comportement dévié.»

Citation du rapport du commissaire des pénitenciers, 1963, p. 43.

requis par les détenus gravement malades, que ce soit physiquement ou mentalement; le contrôle médical de n'importe quel pénitencier pourra être confié à la Faculté de médecine d'une université reconnue. . . »

L'année suivante, soit en 1922, le nouveau surintendant des pénitenciers, W.S. Hughes, fait de nombreuses recommandations en vue d'améliorer le Service dont il a la charge; il préconise, entre autres, l'ouverture d'un hôpital psychiatrique pénitentiaire.

« . . . A l'heure actuelle, on envoie les malades mentaux dans certains des hôpitaux psychiatriques qui relèvent des autorités provinciales. On fait face à de nombreuses difficultés pour décider certaines de ces autorités à admettre ces malheureux, qui sont souvent retenus longtemps au pénitencier avant leur transfert. Dans certains cas, des patients insupportables sont renvoyés au pénitencier, bien que les aliénistes du gouvernement les aient déclarés déments sans espoir de guérison. Il semblerait que la fermeture de la section des aliénés, qui faisait partie du pénitencier de Kingston jusqu'en 1915, a été une grave erreur. On devrait mettre à la disposition de ces malheureux, et le plus tôt possible, un hôpital psychiatrique bien construit et bien administré. . . »

Le surintendant Hughes refait, jusqu'en 1930, les mêmes recommandations dans chacun de ses rapports annuels, demandant la réouverture de « l'hôpital pénitentiaire pour maladies mentales ». Cependant, on ne tient pas compte de ses recommandations et, après son départ, l'administration pénitentiaire connaît une autre période de stagnation et de négligence manifestes, qui donne lieu à la mise sur pied de la Commission royale de 1938, dont les travaux sont connus sous le nom de Rapport Archambault.

7. *Le rapport Archambault*. Sous le titre « Services médicaux », la Commission royale de 1938 parle des services correctionnels en terme d'efficacité:

« . . . Rien ne devrait être omis de ce qui serait de nature à relever les qualités morales du prisonnier . . . Il faudrait ensuite appliquer le traitement susceptible d'enrayer les tendances au crime. En dehors de ces considérations humanitaires, il y a le problème de l'économie à encourager, car . . . les frais d'entretien d'un prisonnier au pénitencier sont élevés, et s'il est jamais guéri, au lieu de rester un fardeau pour l'Etat, il devient au contraire un actif. A tout point de vue, l'institution importante devrait absolument avoir son médecin et son psychiâtre réguliers, et l'institution secondaire, un médecin et un psychiâtre consultants. . . »

Rapport Archambault, page 127.

Au chapitre XI, sous le titre « Traitement des détenus aliénés », la Commission Archambault traite surtout de la manière dont les prisonniers déments sont traités sous le régime de la loi. Le chapitre se termine par ces conclusions:

« . . . Il y a lieu de censurer notre système pénitentiaire quand nous voyons plusieurs détenus aliénés enfermés dans nos pénitenciers, comme des bêtes sauvages en cage, où n'existent aucun moyen de leur donner le traitement convenable ni les fonctionnaires compétents pour s'occuper d'eux. . . »

Malheureusement, la Deuxième Guerre mondiale éclate et retarde la réforme pénale. Pendant la guerre, c'est encore le directeur du pénitencier de Kingston qui fait constamment état des difficultés auxquelles il doit faire face de la part des détenus aliénés, et qui demande encore un hôpital psychiatrique:

« . . . Si (les gouvernements) pouvaient en arriver à une meilleure entente, il semblerait que la Direction des pénitenciers devrait étudier la possibilité de construire une section des aliénés, administrée et contrôlée par les fonctionnaires du Service des pénitenciers, sous la direction d'un psychiâtre compétent. . . »

Rapport annuel, de 1940 à 1946.

l'hôpital psychiatrique de Rockwood, d'étudier la section des aliénés de Kingston et de présenter un rapport, dont voici un extrait :

«... L'édifice qui abrite actuellement les aliénés est, à mon avis, tout à fait impropre à l'usage qu'on en fait. La construction laissée à désirer, les services médicaux et infirmiers sont insuffisants et il n'existe aucun moyen d'occuper les détenus. L'état physique des patients reflète un régime alimentaire inadéquat, un manque d'exercice et d'air frais... Les patients sont enfermés dans leur cellule, sans aucun confort sanitaire, de 4 h. du soir à 7 h. du matin; la porte des cellules n'est qu'un simple grillage et rien n'est prévu pour l'isolement et le soin des patients sales et bruyants... Rien n'est prévu pour un classement adéquat des patients, que l'on rassemble dans la grande salle commune, les cas aigus avec les cas chroniques, les vieux et les faibles avec les impulsifs et les violents, les lucides avec les déments... »

La Commission de 1913 étudie, en plus du problème médical, celui de la récidive dans le crime par rapport aux cas de déficience mentale.

«... Il existe une relation étroite et évidente entre la déficience mentale, l'aliénation et le crime. Une enquête montre que la proportion des détenus anormaux... dans les maisons de correction de New York, du New Jersey et de l'Illinois... est de 30%. Dans d'autres institutions, 50% des détenus sont anormaux. Dans notre pays, nous n'avons pas encore prêté attention à cet aspect de la criminalité. On ne fait rien pour décélérer les anormaux et on ne prévoit rien pour leur garde et leur formation. La cour ne les comprend pas, pas plus que les fonctionnaires des prisons. Ils sont condamnés, emprisonnés, libérés et condamnés de nouveau, le tout à grands frais pour l'État. Une fois en prison, ils s'avèrent une source constante d'ennuis et, à cause de leur présence, le maintien de la discipline pénitentiaire devient difficile sinon impossible... Il est urgent de s'occuper de ces problèmes, et il faudrait commencer par embaucher un médecin spécialisé en psychiatrie, qui pourrait conseiller le gouvernement sur ces problèmes et sur les problèmes connexes... »

[Il a fallu attendre 35 ans avant que l'on ne tienne compte de cette dernière recommandation.]

A la suite de la Commission royale de 1913, le pénitencier de Kingston s'est départi de sa section des aliénés et ces derniers, depuis la fête du Dominion, en 1916, relèvent des autorités provinciales.

6. *De 1916 à 1946.* Rares sont les renseignements disponibles sur cette période de la Première Guerre mondiale et des années qui suivent. En 1921, le ministre de la Justice nomme une Commission d'enquête qui décrit la condition des délinquants aliénés comme suit :

«... Les dispositions relatives aux détenus aliénés laissent à désirer et reflètent une conception désuète et non scientifique des maladies mentales. Rien n'a plus impressionné les membres du Comité, lors de leurs visites dans les pénitenciers, que l'inefficacité des méthodes en cours... et aucun des amendements proposés à la Loi sur les pénitenciers, n'est, de l'avis du Comité, plus important que l'amendement qui fait l'objet de la présente recommandation [et qui se rapporte à la façon de traiter les délinquants aliénés].»

Le Comité suggère des mesures législatives pour contrôler l'admission des détenus aliénés dans les pénitenciers et pour qu'ils demeurent sous observation une fois leur sentence purgée. Il recommande également certaines dispositions législatives en vue de faciliter les soins et le traitement :

«... Article 55 :... Les règlements découlant de cette loi [proposée] peuvent autoriser l'emploi des spécialistes et infirmiers nécessaires, selon les circonstances, pour examiner et donner les soins et traitements

5. En 1913, une *Commission royale* est nommée pour enquêter sur la direction du pénitencier de Kingston. D'autre part, la Commission demande au docteur E. Young, de

«... Dans cette misérable demeure, la plus ancienne de nos constructions, sont enfermés ces infortunés irresponsables menés à la démence par leur crime ou au crime par leur démence. Les cellules n'ont pas changé depuis leur construction première ($8\frac{1}{2} \times 2\frac{1}{2} \times 6$ [sic] alors que tous les autres pavillons cellulaires ont été démolis et reconstitués avec des compartiments deux fois plus grands que les anciennes cellules et équipés conformément aux idées modernes de l'hygiène et du confort... La section des aliénés est parallèle à la muraille de la prison; c'est entre cette muraille et les édifices que se trouve la cour réservée aux détenus. Des murs de pierres... c'est là leur seul horizon, à moins qu'ils ne regardent vers le ciel. En hiver et par mauvais temps, les quelques heures de liberté qu'ils passent hors de leur cellule, ils les passent dans une grande pièce sale et insalubre où ils se mêlent sans discernement, sans distraction aucune en dehors de la lecture ou d'une partie d'échecs. Ils ne reçoivent l'attention d'aucun hôpital ou gardien compétent, rien, en fait, sinon la visite de la police pénitentiaire qui ouvre et ferme leurs portes, qui les suit dans la cour et les ramène dans leurs cellules, routine interminable et monotone... »

Ainsi, au cours des années suivantes, les différents directeurs du pénitencier de Kingston deviennent les ardents promoteurs d'un sort meilleur à réserver aux délinquants souffrant de troubles mentaux dont ils ont la garde. Leur opinion vient appuyer celle des autorités médicales sur ce sujet et, en 1908, le directeur du pénitencier de Kingston écrit,

«... J'ai déjà exprimé mon opinion sur l'urgente nécessité d'un édifice destiné à ces malheureuses créatures, édifice qui serait construit en dehors des pénitenciers et qui serait entouré de vastes terrains... »

A Kingston, le nombre d'aliénés ne cesse d'augmenter dans la section qui leur est réservée, et la présence dans les pénitenciers, où ne s'effectue aucune ségrégation, d'aliénés qui ne peuvent être admis dans leur propre section, donne lieu à des difficultés administratives considérables et une campagne soutenue est montée afin d'obtenir l'exclusion définitive des «criminels aliénés» du pénitencier. En 1891, soit à peine dix ans après l'ouverture de ce nouvel établissement, le directeur du pénitencier de Kingston écrit dans son rapport annuel:

Rapport annuel, inspecteur des pénitenciers, 1899:
Rapport du docteur Daniel Phelan, chirurgien du pénitencier de Kingston.

«... Les opinions les mieux fondées quant à la nature de l'aliénation mentale nous assurent que c'est là une maladie comme n'importe quelle autre maladie et qu'elle peut être soignée selon des principes bien connus, que l'on doit respecter... L'aliéné doit jouir d'une certaine liberté personnelle, proportionnée à sa propre sécurité et à celle de ses gardiens; c'est là un élément nécessaire du traitement de l'aliénation, telle qu'on la conçoit aujourd'hui... »

A la fin du 19^e siècle, l'opinion médicale s'exprime en des termes plus précis sur la question de l'efficacité du traitement et de l'incompatibilité du milieu pénal:

Rapport annuel, inspecteur des pénitenciers, 1881;
rapport du chirurgien du pénitencier de Kingston

devraient être internés dans d'autres asiles plutôt que dans un pénitencier, ce qui leur permettrait de recevoir des soins et un traitement appropriés... La plupart de ces condamnés sont des hommes de faible constitution, ou sont victimes de maladies ou d'infirmités qu'ils ont contractées dans des circonstances indépendantes de leur volonté... »

«... (dans ces pénitenciers) un grand nombre de condamnés sont du type imbecile et idiot. Beaucoup sont incapables de se contrôler et

de-Paul et de Dorchester:

d'admettre dans ce nouvel établissement des patients de Kingston, de Saint-Vincent-
Cependant, des médecins expriment clairement des doutes sur l'opportunité

«... C'est un merveilleux édifice, bien adapté aux besoins... et les
cellules sont grandes, bien aérées et très résistantes...»

est fière de ce nouvel établissement:

le pénitencier de Kingston et cette date marque les débuts de cet asile. L'administration
4. *De 1881 à 1916.* En 1881, le nouvel «asile pour criminels aliénés» est construit dans

aliénés exigée plus de quatre ans.

cellules aux patients ordinaires. La construction d'un nouvel établissement destiné aux
hôpital, la section réservée aux aliénés prend presque toute la place et ne laisse que trois
pénitencier de Kingston (en 1877), où ils sont placés à l'hôpital de l'institution. Dans cet
l'Ontario reprend l'asile de Rockwood, alors que les criminels aliénés sont retranférés au
autorités provinciales et fédérales en arrivent finalement à un accord en vertu duquel
l'administration pénitentiaire, devient à son tour l'objet des critiques publiques et les
Moins de dix ans après la Confédération, l'asile de Rockwood, qui dépend de

Rapport annuel, directeur des pénitenciers, 1868.

les autres asiles de la province ou du Dominion...»
beaucoup supérieur à la classe de cas semblables, qui se trouvent dans
prometteurs hébergés dans cet asile sera, pendant plusieurs années, de
qui nous étaient envoyés; par conséquent, le nombre de cas peu
alors que nous avons été obligés d'admettre, sans distinction, tous ceux
loisir de choisir les cas les plus aptes à réagir positivement au traitement
l'attention sur le fait que les surintendants des autres asiles ont eu tout
de créer des difficultés, mais c'est tout simplement dans le but d'attirer
Si je mentionne ces faits, ce n'est pas dans le but de me plaindre ou

responsabilité a été confiée aux fonctionnaires de cet asile fédéral...
débarrassés du soin de cinq aliénés bruyants et dangereux dont la
allégé, mais encore les asiles de la partie ouest de la province se sont
autres asiles de la province. Non seulement le fardeau des prisons s'est-il
les envoyant dans cette institution; ces cas avaient été refusés dans les
gênants, mais ce fut aussi un moyen de se débarrasser de nombreux cas en
nombre de prisons de se débarrasser de leurs pensionnaires les plus
évidemment des plus humains; ces accords ont permis à un grand
malheureux lunatiques confinés dans les geôles de l'Ontario sont
nement du Dominion en vue de l'admission à l'asile de Rockwood des
«... Les accords conclus entre les autorités provinciales et le gouver-

rédigé par le surintendant médical de Rockwood, se lit comme suit:

deviennent la source de difficultés. Le premier rapport postérieur à la Confédération,
questions les plus importantes, à savoir la juridiction et le contrôle des admissions,
fait partie du pénitencier de Kingston. C'est à partir de ce moment-là que les deux
des provinces. Cependant, l'asile de Rockwood fait exception, vu qu'on a décrété qu'il
partagent la responsabilité des institutions pénales, alors que les «asiles d'aliénés» relèvent
3. *De 1867 à 1880.* A partir de la Confédération, les autorités provinciales et fédérales se

Rapport annuel, Bureau des inspecteurs des
prisons et des asiles, 1865.

efficaces dans la lutte contre l'aliénation mentale...»
une meilleure administration de nos hôpitaux, de façon à les rendre plus
détenu aliéné non guéri, il est évident que l'intérêt du public réside dans
guérir dix aliénés pour le même prix que l'incarcération à vie d'un seul
souagement des aliénés ne devrait oublier ce point. S'il est possible de
apporter à la société... Aucune des mesures législatives visant au
rendre la raison; et c'est là aussi le plus grand avantage que l'on peut
Le plus grand service que l'on puisse rendre à un aliéné est de lui

ouvre ses portes, en 1835, les «condamnés aliénés» et les jeunes «incorrigibles» venant des prisons provinciales pour jeunes délinquants y sont reçus.

Là, on enferme les «aliénés» dans des cachots dont les conditions sont vraiment pitoyables. Ces cachots sont, en fait, de petites alcôves sans air, sans fenêtre, situées dans la partie souterraine de l'édifice, au niveau de l'égout qui se déverse dans le lac Ontario et qui déborde de temps en temps, lorsque les vents du sud-ouest provoquent des marées hautes.

2. De 1850 à 1867. Le fonctionnement du nouveau pénitencier devient vite l'objet des critiques publiques et, en 1849, le scandale du pénitencier de Kingston éclate et donne lieu à la nomination de la Commission d'enquête dirigée par George Brown. Cette intervention publique dans ce que l'on a appelé «les conditions barbares du pénitencier», incite la législature provinciale à adopter une loi, promulguée en 1852, qui vise à améliorer l'administration du pénitencier; un asile pour aliénés criminels est construit à Rockwood, dans le village avoisinant de Portsmouth, où seront enfermés les «détenus aliénés» séparés de la population carcérale ordinaire. L'asile de Rockwood ouvre, en 1855, et dès que des places s'avèrent disponibles, on y reçoit, pour des raisons humanitaires, les «aliénés» venant des prisons ordinaires, mais éventuellement, ces «détenus aliénés» ne formeront qu'un groupe assez restreint des patients de cette institution. L'édifice original est agrandi, ce qui ne fait pas, malgré tout, échec à la surpopulation et, quelques années après l'ouverture de l'asile de Rockwood, le directeur du pénitencier de Kingston rapporte qu'il se trouve encore dans son établissement «neuf détenus aliénés enfermés dans la partie qui leur est réservée... [les cachots]», parce que l'asile de Rockwood est surpeuplé et ne peut même pas recevoir les personnes qui lui sont destinées... Dix ans après l'ouverture de l'asile de Rockwood, son surintendant médical écrit:

«Nous avons soigné quelque 130 malades, en 1865... L'an dernier, la mortalité a été de 9 p. 100 et elle a fait des ravages surtout parmi les malades qui avaient été enfermés plusieurs années de suite dans les cachots souterrains du pénitencier...»

Rapport annuel, Bureau des inspecteurs des prisons et des asiles, 1865.

Les rapports du surintendant médical de Rockwood font état, à cette époque, d'opinions avancées (en langage moderne), d'une conception très nette des besoins qu'ont les malades aliénés de services médicaux et de services publics efficaces; plus précisément, le surintendant insiste sur la nécessité d'un classement des malades en catégories distinctes, d'une ségrégation dans des institutions diversifiées et de l'établissement de deux types d'asiles: le premier pour les malades qui peuvent être guéris et, le second, pour les aliénés incurables. Cet avis médical, exprimé en 1865, se lit comme suit:

«... On ne peut diriger les aliénés d'une façon satisfaisante et on ne peut prendre soin d'eux autrement que sous le régime existant dans une institution curative efficace et ordonnée; et je suis persuadé que ce régime ne peut être appliqué intégralement dans un établissement conçu et organisé selon les principes des institutions de charité ou des établissements pénitentiaires...»

Les asiles curatifs sont, d'abord, indispensables... ils devraient être aménagés de façon à pouvoir admettre et traiter les cas aigus récents, puis les cas chroniques de nature violente et dangereuse qui peuvent être améliorés bien qu'il soit peu probable de les guérir, grâce à la discipline de l'asile curatif; on pourrait aussi placer cette dernière catégorie de patients dans un état de quiescence et de soumission qui permettrait de les loger dans une institution moins coûteuse.

Je pense, en fait, que tous les cas d'aliénation mentale nécessitant un séjour dans un asile devraient, si possible, durant un certain temps, être envoyés dans une institution curative, car le traitement qu'on y donne aux aliénés pourrait difficilement être donné ailleurs que dans ces institutions curatives et il ne serait pas souhaitable que des détenus turbulents et indisciplinés troublent la paix des établissements secondaires. Si l'on fait fi de cette condition, la discipline de ces institutions sera probablement rapidement détruite ou compromise.

Les Services psychiatriques furent introduits dans les pénitenciers canadiens en 1947; ils faisaient partie de la réforme pénale effectuée après la Deuxième Guerre mondiale, mais, en fait, ils remédiaient à une situation qui laissait à désirer depuis plus de cent ans. Pourtant, les Services pénitentiaires canadiens avaient commencé à s'intéresser aux malades mentaux bien avant la Confédération, et l'étude de cette activité est de grande importance si l'on considère l'objet de ce rapport.

Dès le début du 19^e siècle, les prisons canadiennes et, plus tard, les pénitenciers, se sont vus dans l'obligation de s'occuper d'individus qualifiés de faibles d'esprit, d'épileptiques, d'incorrigibles, de lunatiques ou encore de «déments criminels». Les administrateurs des Services pénitentiaires avaient, en 1865, dans les domaines de la garde et du traitement, les mêmes objectifs que les administrateurs de 1965. Ces objectifs, qui n'ont jamais été vraiment atteints, ont soulevé des problèmes qui existent encore actuellement. Voici, sommairement, quels étaient ces objectifs:

- Juridiction sur certains groupes d'aliénés qui dépendaient des autorités fédérales et, parfois, des autorités provinciales, ou encore, qui étaient partagés entre les deux autorités, sans distinction bien précise quant aux responsabilités de chaque palier du gouvernement;

- Manque de classement convenable des détenus: des aliénés pouvaient être placés avec des personnes considérées normales du point de vue de leur comportement individuel et/ou de leurs relations avec d'autres personnes;

- Difficultés administratives résultant de la non ségrégation parmi la population carcérale, rompant la routine de la prison, sapant la discipline, le tout se manifestant par des éclats de violence, l'exploitation des faibles, etc. . . . ;

- Insuffisance de lits, d'où surpopulation rapide; manque de personnel compétent dans le traitement et les soins à donner aux patients;
- Contrôle de l'admission dans les établissements de traitement.

Si l'on place le travail du Comité consultatif de psychiatres consultants dans ce contexte historique de près de 150 ans, il s'agit là non seulement d'une étude approfondie de la situation contemporaine, mais encore de la continuité des efforts accomplis par plusieurs générations en vue d'améliorer des conditions qui laissent à désirer depuis trop longtemps.

Les renseignements fournis sont extraits de documents qui ont été publiés par le gouvernement fédéral et nous en avons volontairement limité la sélection pour faire ressortir le fait que des générations successives d'administrateurs locaux et de médecins ont insisté sur les conditions déplorable dans lesquelles vivaient les délinquants aliénés.

Première partie: période prépsychiatrique — 19^e siècle et première moitié du 20^e siècle

1. *Avant 1850.* Le Canada, qui est alors en pleine expansion, construit de nouvelles institutions publiques pour ces citoyens que l'on qualifie de «malheureux» et qui sont les malades mentaux et les criminels. On ouvre ainsi des «asiles d'aliénés» dans le Haut-Canada (à Toronto, Orillia, Malden, Hamilton) et dans le Bas-Canada (à St-Jean et à Beauport). Il existe de 55 à 60 prisons ordinaires dans les districts judiciaires de ces deux parties de la Province; un pénitencier provincial central se construit à Kingston pour la détention des adultes de même que s'ouvrent deux prisons pour jeunes délinquants, une dans le Haut-Canada et une autre, dans le Bas-Canada, à Penetanguishene et à Saint-Vincent-de-Paul. Le nombre d'aliénés étant toujours supérieur à celui des places disponibles dans les nouveaux asiles, nombreux sont ceux qui restent dans les prisons ordinaires, qu'ils aient été condamnés à la suite d'un acte criminel ou non. Lorsque le pénitencier provincial

Après une réunion préliminaire entre les membres de la Commission nationale des libérations conditionnelles et du Comité consultatif, il apparut qu'il fallait de nombreuses études et une réorganisation importante si l'on voulait offrir un Service psychiatrique intégré aux délinquants qui relèvent du gouvernement fédéral, qu'ils soient incarcérés ou en libération conditionnelle.

Ce Service devrait faire partie d'un ensemble continu grâce auquel le détenu pourrait recevoir le traitement psychiatrique nécessaire; des enquêtes minutieuses pourraient être faites avant sa libération conditionnelle, et des rapports complets pourraient être remis à la Commission nationale des libérations conditionnelles; le patient pourrait aussi recevoir un traitement continu au cours de la période de libération conditionnelle.

La mise au point d'un tel programme dépend de la qualité des services professionnels dans chacun des Centres psychiatriques régionaux.

On trouvera à l'Appendice 7 une étude comparée des coûts d'un Centre psychiatrique régional, d'hôpitaux psychiatriques spécialisés et d'une institution à sécurité maximale; cette étude fut effectuée par le directeur des Services financiers des pénitenciers canadiens. De nombreuses discussions ont eu lieu avec les économistes sur les questions de rentabilité et d'efficacité. Elles feront l'objet d'un rapport complémentaire.

Le professeur Anthony M. Marcus, M.D.
Département de psychiatrie
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver.

CONSULTANTS:

Le docteur Noël Garneau
Cour du Bien-être social
410 est, rue Bellechasse
Montréal.

Le docteur Colin M. Smith

Directeur

Département des Services psychiatriques

Ministère de la Santé publique

Regina.

OBSERVATEURS:

Le docteur Daniel Craigen, directeur des Services médicaux, Service
des pénitenciers

Le docteur François Bisson, Service psychiatrique régional, Région

du Québec

Le docteur George D. Scott, psychiatre, Région de l'Ontario.

SECRÉTAIRE DU

M. George Koz, associé de recherche,

COMITÉ:

Solliciteur général, ministère du

Solliciteur général.

Le Solliciteur général a également nommé deux économistes, qui ont été amenés

à collaborer avec le Comité consultatif:

ÉCONOMISTES:

M. Robert G. Hann

Associé de recherche et conférencier

Centre de criminologie

Université de Toronto

Toronto.

M. Richard S. Sullivan

Professeur adjoint

Département des sciences économiques

Université Carleton

Ottawa.

MÉTHODE DE TRAVAIL

Afin d'étudier son mandat, le Comité consultatif de psychiatres consultants s'est
réuni huit fois, jusqu'ici, en séances plénières ou en réunions du Comité.

Certains des membres du Comité furent délégués auprès des autorités minis-
térielles provinciales, des universités et des associations professionnelles et représentaient
chacune des régions du Canada.

Les recommandations recueillies furent soumises à la critique du Comité. Les
Appendices 1, 2, 3, 4 et 5 donnent une liste des personnes consultées et de leurs
fonctions.

En même temps, le Comité essayait de mettre au point des principes et des
méthodes de compilation des renseignements utiles, ce qui nécessitait, entre autres, une
évaluation des critères destinés à classer les patients selon des programmes de traitement
adéquats. Cela nous permit d'entrer en possession de données qui ont été analysées en
fonction des programmes régionaux proposés (voir Appendice 6).

CHAPITRE I

Le 13 août 1971, le Solliciteur général du Canada, l'honorable Jean-Pierre Goyer, a annoncé la nomination d'un Comité consultatif de psychiatres consultants chargé de le conseiller sur le traitement des détenus aliénés. Le mandat de ce Comité consultatif est de :

définir

- (a) les Services psychiatriques nécessaires dans chacune des provinces pour que les détenus aliénés reçoivent un traitement **complet**;
- (b) le programme à mettre en œuvre quant au traitement des différents types de maladies mentales, que ce soit :
 - i) dans les institutions elles-mêmes, ou
 - ii) par hospitalisation dans un Centre psychiatrique, et
 - iii) le personnel requis dans chacun des cas;
- (c) l'emplacement des Centres psychiatriques, le cas échéant;
- (d) l'avantage et la possibilité d'établir des cours de formation destinés aux psychiatres et tout autre moyen facilitant le recrutement du personnel spécialisé;

conseiller en matière:

- (e) d'affiliation aux universités;
- (f) d'utilisation d'établissements existants comme Centres psychiatriques;

fournir

- (g) des commentaires généraux, le cas échéant, sur la conception architecturale de tout nouveau Centre psychiatrique.

La nomination des membres a été faite par le Solliciteur général sur des recommandations du Conseil d'administration de l'Association des psychiatres du Canada. Ces membres représentent chacune des régions du Canada où se trouvent les institutions pénitentiaires.

Liste des membres du Comité consultatif:

PRÉSIDENT:

Le docteur F.C.R. Chalke
Doyen associé
Faculté de médecine
Université d'Ottawa
Ottawa.

MEMBRES:

Le professeur Robert O. Jones, M.D.
Directeur du Département de psychiatrie
Université de Dalhousie
Halifax.
Le docteur Lionel Béliveau
Surintendant médical
Institut Philippe Pinel
Montréal.

Le docteur C. Kenneth McKnight
Chef de la clinique de médecine légale
Clarke Institute of Psychiatry
Toronto.
Le docteur Frank E. Coburn
Chef du Département de psychiatrie légale
Université de la Saskatchewan
Saskatoon.

TABLE DES MATIÈRES

Page	
1	Chapitre I Le mandat, les membres, la méthode de travail
5	Chapitre II L'historique
15	Chapitre III Les objectifs des Services psychiatriques correctionnels
21	Chapitre IV Les réalisations dans d'autres pays
23	Chapitre V Les progrès nécessaires à la réalisation des objectifs, au Canada, sur le plan fédéral
35	Chapitre VI L'évaluation des Services psychiatriques
38	Résumé
38	Résumé des recommandations
41	Mise en oeuvre.
43	Appendice 1 Les consultations dans la région de l'Atlantique
45	Appendice 2 Les consultations au Québec
47	Appendice 3 Les consultations dans la province de l'Ontario
49	Appendice 4 Les consultations dans les provinces des Prairies.
51	Appendice 5 Les consultations dans la province de la Colombie-Britannique
53	Appendice 6 Nombre et catégories de détenus nécessitant des soins
55	Appendice 7 Comparaison des coûts
57	Appendice 8 Recommandations relatives aux services psychiatriques dans le Rapport Fautoux et le Rapport de la commission royale d'enquête sur la psychopathie sexuelle
61	Appendice 9 Besoins en personnel.

L'honorable Jean-Pierre Goyer, C.P., député
Solliciteur général du Canada
Edifice Sir Wilfrid Laurier
340 ouest, avenue Laurier
Ottawa (Ontario)

Monsieur le Ministre,

Suite au mandat qui lui avait été confié lors de sa nomination, en août 1971, le Comité consultatif de psychiatres consultants a l'honneur de vous soumettre le rapport ci-joint.

Ce rapport se présente sous la forme d'un plan d'ensemble de développement des Services psychiatriques. Il recommande un certain nombre de principes généraux concernant ce développement et suggère des solutions régionales spécifiques. Avant de donner plus de détails sur ce plan, le Comité aimerait connaître votre opinion et les décisions que vous jugerez opportunes quant aux recommandations générales et aux propositions régionales plus spécifiques.

Conscient du nombre de parties qui doivent en arriver à un accord lors de la coordination de ces Services psychiatriques spécialisés dans l'ensemble du programme correctionnel, le Comité s'est efforcé de fournir de nombreux renseignements tant du point de vue historique que du point de vue des buts et objectifs des Services psychiatriques correctionnels en général.

Si ce programme général vous semble acceptable, nous aimerions que soit accordée la plus grande diffusion possible au présent rapport, pour qu'il fasse l'objet de critiques constructives.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments respectueux.

F. C. R. Chalke, M.D.,

des particuliers, des groupes et des organismes intéressés au traitement des criminels au Canada, ces opinions aideront, sans aucun doute, le gouvernement fédéral à fixer et à maintenir des normes élevées de soins psychiatriques dans les établissements correctionnels.

Le Solliciteur général du Canada,

Warren Allmand

Avant-propos

En ma qualité de Solliciteur général, j'ai étudié attentivement le rapport du Comité consultatif de psychiatres consultants. Les recommandations formulées par ces éminents spécialistes m'ont vivement impressionné.

J'ai donc demandé au Service canadien des pénitenciers de veiller à ce que ses services psychiatriques comprennent les installations nécessaires au diagnostic, au soin et au traitement des détenus atteints de maladies aiguës ou graves. Ceux qui souffrent d'une maladie bénigne ou de gravité moyenne pourront recevoir des soins psychiatriques en consultation externe.

On étend les objectifs du programme psychiatrique des pénitenciers de façon à y inclure le traitement des détenus dont les délits résultent de désordres psychiatriques latents ou non manifestes, du point de vue clinique, et à donner des soins médico-psychologiques aux détenus dont les crimes et les antécédents laissent entrevoir la possibilité d'une affection mentale.

La participation entière des psychiatres à tous les aspects pertinents des programmes des pénitenciers est un autre des objectifs que j'ai fixés au Service canadien des pénitenciers. Il faut accorder aux rapports et aux recommandations des psychiatres toute l'attention voulue au moment de prendre des décisions sur la classification des détenus, leur affectation aux programmes appropriés, l'octroi de congés provisoires et la libération conditionnelle. Le personnel psychiatrique participera également aux programmes de formation du personnel de correction et conseillera le personnel de l'établissement sur la mise en application de nouveaux programmes de formation. J'espère également qu'on encouragera les Services psychiatriques à faire des enquêtes et des évaluations cliniques et qu'on leur donnera tout l'appui nécessaire.

En ce qui concerne la mise sur pied de Services psychiatriques au Service canadien des pénitenciers, il a été proposé :

- a) d'établir un service psychiatrique unifié dans chaque région géographique du Service canadien des pénitenciers,
- b) d'offrir les ressources et les programmes psychiatriques appropriés aux besoins des régions,
- c) de doter les services psychiatriques régionaux d'un personnel capable de fournir des soins de bonne qualité,
- d) d'établir dans chaque région des centres autonomes de soins psychiatriques, sous direction médicale, qui pourront accueillir les détenus nécessitant des soins hospitaliers et servir de centre régional de soins psychiatriques,
- e) d'établir et de maintenir des relations étroites avec les universités tant sur le plan de la formation que de la recherche.

Le Service canadien des pénitenciers a déjà établi un Centre médical régional en Colombie-Britannique et il est en train de rénover les centres médicaux régionaux du Québec et de l'Ontario. On entrera bientôt en pourparlers avec les autorités provinciales compétentes au sujet de la planification de centres médicaux de correction dans les Maritimes et les Prairies.

Bien que les objectifs proposés par les éminents psychiatres canadiens qui me servent de conseillers me semblent opportuns et méritent l'appui du public, je crois qu'on pourrait quand même tirer grand profit des observations d'un plus grand nombre de personnes. Donc, pour faciliter l'étude et la discussion du rapport du Comité consultatif de psychiatres consultants, je mets le rapport en circulation. J'aimerais connaître les vues

Droits de la Couronne réservés
No de catalogue JS-22-29/1973



Information Canada
Ottawa 1973

**PLAN D'ENSEMBLE
DE
DÉVELOPPEMENT DES SERVICES PSYCHIATRIQUES
DANS
LES SERVICES CORRECTIONNELS FÉDÉRAUX
AU CANADA**

Publié avec l'autorisation de
L'HON. WARREN ALLMAND,
Solliciteur général du Canada

Sollicitor General
Canada

Solliciteur général
Canada



CH1 59
73526
1004
11

CA1
86800
-71977